FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

CHU. BICHAT

Année: 1972

THESE

53

No

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'état)

PAR

ALAIN ROSSIGNOL
Interne des Hopitaux de Paris
Né à Paris le 12 fevrier 1943

Présentée et soutenue publiquement le

LES FISTULES COLO-VESICALES D'ORIGINE DIVERTICULAIRE

(A PROPOS DE 19 CAS)

Président: Jean-Louis LORTAT JACOB (Professeur)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1972 THÈSE No

POUR LE

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ALAIN ROSSIGNOL

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Paris le 12 février 1943

Présentée et soutenue publiquement le

LES FISTULES COLO-VÉSICALES D'ORIGINE DIVERTICULAIRE

(A PROPOS DE 19 CAS)

Président : Jean-Louis LORTAT-JACOB Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année: 1972

THESE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'état)

PAR

ALAIN ROSSIGNOL

Interne des Hopitaux de Paris

Né à Paris le 12 fevrier 1943

Présentée et soutenue publiquement le

LES FISTULES COLO-VESICALES D'ORIGINE DIVERTICULAIRE

(A PROPOS DE 19 CAS)

Président: Jean-Louis LORTAT JACOB (Professeur)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A ma femme

A ma mère, mon père , mon beau père

A tous ceux qui m'ont aidé dans ce travail.

A Monsieur le Professeur J.L. LORTAT JACOB

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur C. NARDI

Chirurgien des hôpitaux

Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux

Qui nous a confié le sujet de cette thèse.

Qui nous a acceuilli un an dans son service.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre admiration et de notre respectueuse et fidèle reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé G. EDELMANN

Qui nous a permis d'utiliser ses observations et nous a aidé de ses conseils.

Son intelligence des rapports humains, la précision de ses indications opératoires sont pour nous autant de buts que nous aimerions ,un jour, atteindre.

A Monsieur le Professeur Agrégé G. BENHAMOU

Il nous a aidé pas à pas dans la réalisation de cette thèse .

Sa rigueur dans le travail, l'acuité de son esprit critique , son art d'aborder chaque pro-blème avec un oeil vierge , de toujours tout remettre en cause, nous sont apparus comme les témoins d'une grande honneteté intellectuelle.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre amitié.

A Monsieur le Professeur Agrégé Ph. BOUTELIER

Qu'il trouve ici le témoignage de notre admiration et de notre fidèle amitié.

A Monsieur le Docteur R. AUROUSSEAU

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui a guidé nos premiers pas en Chirurgie Digestive.
Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre sincère attachement.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. REYNIER

Sa précision technique, la minutie dont il entoure ses suites opératoires sont pour nous autant d'exem--ples à suivre .
Qu'il trouve ici le témoignage de notre sincére amitié.

A Monsieur le Professeur G. THOMERET

Professeur de Clinique Chirurgicale.

Qui a bien voulu nous accoeullir dans son service.
En témoignage de notre reconnaissance pour l'enseigne
-ment qu'il nous a donné, toujours stupéfiant de
clarté et de logique.

A Monsieur le Professeur Agrégé B. DEBESSE

Qu'il trouve ici toute notre amitié.

A nos maitres dans les hôpitaux

Externat

Monsieur le Professeur Agrégé G.EDELMANN
Monsieur le Professeur WOLFROMM
Monsieur le Professeur Agrégé CHOUBRAC
Monsieur le Professeur G. ALBOT
Monsieur le Professeur Agrégé Ph. BOUTELIER

Internat

Monsieur le Docteur GOZLAND
Monsieur le Docteur ROUVILLOIS
Monsieur le Docteur J. MICHON
Monsieur le Docteur R. AUROUSSEAU
Monsieur le Docteur C. NARDI
Monsieur le Professeur Agrégé G. EDELMANN
Monsieur le Professeur G. THOMERET

Monsieur le Professeur Agrégé ANDRE
Monsieur le Professeur Agrégé J. REYNIER
Monsieur le Professeur Agrégé G.BENHAMOU
Monsieur le Professeur Agrégé M. LACOMBE
Monsieur le Professeur Agrégé J. MOREAU
Monsieur le Docteur J. VALIDIRE
Monsieur le Professeur Agrégé Ph. BOUTELIER
Monsieur le Professeur Agrégé B. DEBESSE
Monsieur le Professeur Agrégé DUPAS

INTRODUCTION

Ce travail porte sur les fistules sigmoïdo-vésicales au cours de la maladie diverticulaire du sigmoïde.

Nous en avons réuni 19 observations. La majorité de ces observations proviennent de services de chirurgie digestive.Trois seulement proviennent de services d'Urologie.

Ce sont nos maîtres , le Docteur NARDI , le Professeur Agrégé EDELMANN , les Docteurs MICHON et ROUVILLOIS , les Professeurs LOYGUE et COUVELAIRE , qui nous ont permis d'utiliser ces observations et nous ont aidé de leurs conseils.

Nous les en remercions.

Le premier chapître de ce travail consistera en un résumé de ces 19 observations. Le reste du travail comportera conjointement leur analyse , et l'étude de ce que nous avons trouvé dans la littérature à ce sujet.

Nous serons ainsi amené à envisager successivement , après un bref rappel historique , l'étiologie , la clinique , le diagnostic , l'anatomie pathologique et le traitement de ces lésions.

Nous nous efforcerons , en concluant , de reprendre les éléments qui nous paraissent le plus essentiel à leur diagnostic précoce et à un traitement adapté à chaque cas.

RESUME DES OBSERVATIONS

Obs. N° 1 : Madame B.... Marthe.

Femme de 73 ans, hystérectomisée, suivie pour une cardiopathie gauche compensée, aux antécedents vasculaires très chargés : 2 infarctus du myocarde et une hémiplégie par accident vasculaire cérébral.

Sa sigmoïdité est connue de longue date, elle a déjà fait 2 poussées aigues.

En Novembre 1968, apparait une cystite, avec poussées fébriles, pseudo septicémiques, diarrhée et vomissements. Un traitement anti-infectieux urinaire n'empêche pas la persistance, et même l'aggravation des symptomes, et quand la malade est hospitalisée, début Décembre, on se trouve en face d'une suppuration pelvienne manifeste les phénomènes de cystite sont suraigus, la fièvre est hectique, l'hypogastre est très douloureux, et se défend franchement.

Une antibiothérapie massive, par voie parentérale est mise en route; l'état de la malade et ses antécédents n'engagent guère à intervenir.

Sous un tel traitement apparaissent pneumaturie et fécalurie, tandis que les autres signes ne veulent pas régresser franchement.

Une Urographie intra veineuse montre un refoulement de la vessie vers la droite, probablement par un abcès pelvien. Le haut appareil urinaire est normal. (cliché N° 1). Un lavement Baryté montre de nombreux diverticules sigmoïdiens.

La décision opératoire est alors prise :

Importante péritonite plastique pelvienne de dissection difficile, et au sein de laquelle existe un foyer suppuré, interposé entre le dôme vésical et le sigmoïde.
Colectomie segmentaire sigmoïdienne; en raison de l'importance des lésions infectieuses et de l'état général de la malade, l'opérateur termine en Hartmann. N'ayant pu retrouver l'orifice vésical de la fistule, il s'abstient de tout geste sur la vessie, drainage vésical par sonde à demeure.

Dans les heures suivant l'intervention apparait un symdrôme hémorragique avec hémopéritoine dramatique, que l'on rattache de façon certaine à une fibrinolyse.

La malade décède à la sixième heure.

L'examen confirme l'important hémopéritoine sans aucun lachage de ligature.

L'examen anatomique de la pièce d'exrèse montre d'importantes lésions de sigmoïdité avec grosse scléro lipomatose.

Obs. N° 2 : Madame C... Léonie.

Femme de 72 ans, hypertendue, avec une cardiopathie gauche.

Lors de son admission, cette femme sans antécédents digestifs souffre depuis 8 mois, par poussées, de cystite et de pneumaturie.

Au cours de ces poussées, la fièvre a été pseudo- septicémique, avec frissons. Elle signale par ailleurs des trainées de sang dans les urines, et une diarrhée d'apparition récente. L'Uroculture confirme l'infection urinaire à Colibacilles et Entérocoques, l'Urographie intra veineuse est normale mais le lavement Baryté montre de nombreux diverticules sigmoïdiens,et, sur le cliché de profil, une opacification vésicale complète par le lavement.

A l'intervention :

Le petit bassin est libre d'adhérences.
l'anse sigmoïdien repose , accolée, sur le dôme vésical.
La séparation des 2 organes est simple; on a la surprise de découvrir une deuxième perforation sigmoïdienne, à la face postérieure de la jonction recto sigmoïdienne, avec un volumineux abcès rétro rectal.
Colectomie segmentaire sigmoïdienne, que l'on termine en Hartmann.
L'opérateur excise les bords de l'orifice vésical, et referme la vessie.
Drainage de l'abcès rétro rectal par voie périnéale.

Les suites opératoires sont simples.
La malade, revue, 8 mois après est guérie.

Obs. N° 3 : Madame F.... Gabrielle

Femme de 82 ans, supportant allègrement, outre son âge, un diabète, un glaucôme bilatèral et une maladie de Paget.

Depuis un an, elle présente des poussées de cystite avec pneumaturie et une fois, une décharge bactériémique.

L'Uroculture confirme l'infection à Colibacilles et Protéus.

L'Urographie intra veineuse, sous perfusion, en raison d'une urée à 0,75 g/l est normale. Une cystoscopie montre un aspect de cystite diffuse, mais aucun orifice fistuleux n'est vu. Le lavement Baryté à la diodone montre des diverticules sigmoïdiens.

La malade, apparemment peu génée par ses troubles, refuse l'intervention.

Obs. N° 4 : Monsieur S... Franceszk.

Homme de 69 ans, obèse, asthmatique, qui consulte car depuis quelques jours sont apparus une pneumaturie, une fécalurie et une cystite.

Aucun antécedents digestif chez ce sujet, hormis des rectorragies qui n'expliquent pas une cause basse.

L'examen montre un adénome prostatique de moyen volume.

L'Urographie intra veineuse est normale , une cystographie montre un milieu vésical très trouble, avec nombreuses particules fécales, une zône de cystite localisée, mais l'orifice fistuleux n'est pas vu.

Au lavement Baryté, outre de nombreux diverticules sigmoïdiens on voit sur le cliché de profil un trajet fistuleux et une opacification vésicale. (cliché N° 2).

L'intervention :

Nombreuses ashérences, unissant intimement vessie et sigmoïde, de dissection très difficile.
Colectomie segmentaire sigmoïdienne avec rétablissement immédiat de la continuité en un plan de points séparés extra muqueux.
Excision des bords de l'orofice vésical et cystorraphie.
Le drainage est assuré par une lame rétro rectale sortant par

par contre incision.

Drainage vésical par sonde à demeure .

Au sixième jour, lachage de suture, péritonite stercorale et éviscération; on réintervient, et après recoupe colique on réalise un Hartmann.

Décès dans les heures qui suivent cette réintervention, du, comme le montre la vérification à une nécrose colique localisée avec récidive de la péritonite stercorale.

L'examen anatomique ne montre aucune lésion vasculaire susceptible d'expliquer ce tableau.

Obs. N° 5 : Madame F... Bernadette.

Femme de 78 ans, en très mauvais état général. Gastrectomisée, tuberculeuse mal traitée, présentant des troubles psychiques sévères elle est, quand on la voit en Juillet 1969 , cachectique, semi impotente restant prostrée dans son lit et présentant une volumineuse escarre sacrée.

C'est incidemment que l'on apprend l'existence d'une diarrhée alternant avec une constipation, depuis plusieurs années.

Cette malade infectée, fébrile est en outre en retention d'urines, et la pose d'une sonde révèle une fécalurie massive

Le lavement Baryté, demandé devant cette fécalurie, montre de nombreux diverticules, une longue sténose sigmoïdienne, et, enfin l'opacification d'un trajet fistuleux inter colo vésical et de la vessie (cliché N° 3).

L'état général de la malade décline très vite, et elle décède sans que l'on ait pu faire l'anus iliaque projeté.

Obs. N° 6 : Madame R... Olga.

Femme de 68 ans, vivant sans domocile fixe, obèse, éthylique, insuffisante cardiaque.

En Octobre 1966, on lui évacue un gros abcès pariétal, médian, sous ombilical.

Revue en 1967, pour des douleurs de la fosse iliaque gauche avec fièvre et syndrome subocclusif, elle extériorise en quelques

jours un nouvel abcès sous ombilical, suivi d'une fistule stercorale

Le lavement Baryté montre un long rétrécissement sigmoïdien régulier, avec fistule colo iléale ; le grêle d'amont est distendu.

On porte le diagnostic de sigmoïdité.

Un mois plus tard se constitue un abcès de la fosse iliaque gauche, drainé chirurgicalement. Une seconde fistule stercorale se constitue à ce niveau.

L'état déplorable de la malade contre indique une intervention sur cette sigmoïdité. On se contente d'attendre la fermeture spontanée des fistules stercorales.

En Mars 1968, elle est revue pour un nouvel abcès en voie de fistulisation.

La malade est subocclue, fébrile, et l'on constate alors une infection urinaire à germes Gramm - , une pneumaturie, une fécalurie massive.

L'Urographie est normale.

L'état décline très vite, et un anus transverse droit, pratiqué dans des conditions d'urgence, n'empêche pas le décès deux jours plus tard.

Obs. N° 7 : Monsieur A... Georges.

Homme de 58 ans, en bon état général. Diarrhéique chronique de longue date, depuis un an, il a fait trois poussées de cystite, fébriles, avec pneumaturie.

Deux fois la fièvre a été très élevée, à 40° , avec frissons et une hémoculture a poussé au colibacille.

Une cystographie s'est révélée normale, par contre, la cystoscopie a montré un orifice fistuleux, haut situé, à gauche, sur la surface de la vessie.

Le lavement Baryté montre l'existence de diverticules sigmoïdiens.

A l'intervention :

Le petit bassin est libre, et le colon sigmoïde vient adhérer directement à la face postérieure de la vessie,

bas, près du fond de Douglas.

La séparation des 2 organes est facile. L'orifice vésical est fermé par un point de calgut chromé.

Colectomie large, emmenant le sigmoïde et le descendant nécessitant un décrochement de l'angle gauche ; ceci en raison de l'extension de la maladie diverticulaire.

Rétablissement de continuité immédiat.

Drainage par une lame sortant par contre incision.

Sonde vésical à demeure pendant huit jours.

Les suites opératoires sont troublées par :

Une infection urinaire transitoire due à la sonde à demeure.

Une oesophagite par reflux due à la sonde d'aspiration.

Le malade sort guéri.

Obs. N° 8 : Monsieur B... Gilbert.

Homme de 71 ans, en bon état général, gastrectomisé récemment pour ulcère.

Depuis quelques mois, il se plaint de poussées de cystite et d'une symptomatologie rectale : rectorragies, emissions glaireuses, faux besoins.

Hospitalisé en Juillet 1971, les examens montrent :

- Une pyurie massive, plurimicrobienne, sans fécalurie.
- Une empreinte irrégulière, sur la partie gauche du dôme vésical à l'Urographie.
- Une zone d'oedème ecchymotique dans la partie haute et gauche de la face postérieure de la vessie à la cystocopie.

Cet ensemble fait évoquer une origine sigmoïdienne aux troubles urinaires.

Le lavement Baryté montre une sigmoïdité diverticulaire très localisée, avec sténose sigmoïdienne, mais sans trajet fistuleux visible.

Une rectoscopie a évidemment été faite : elle montre une zone de muqueuse très inflammatoire à 17 cm, que l'on interprète comme due à la compression par le sigmoïde malade.

E.R.O :

Petit bassin libre.
Le sommet de l'anse sigmoïdienne est épaissi et inflammatoire sur 5 à 6 cm, et adhère à la partie haute de la face postérieure de la vessie.
En amont et en aval, le colon est parfaitement souple.
La libération des deux organes est très facile, au doigt.
Les deux orifices fistuleux sont vus, punctiformes. (Photos N° 1 et 2).
L'orifice vésical est fermé par deux points en X de catgut chromé 00.
Colectomie segmentaire sigmoïdienne avec rétablissement immédiat de la continuité en un plan extra muqueux.
Le décrochement de l'angle gauche est nécessaire pour avoir une anastomose qui ne tire pas du tout.
Drainage du flanc gauche par un **Penrose** et un Redon.
Sonde urinaire à demeure.
Les suites opératoires sont très simples.
Un culot urinaire, fait au 15 ème jour est normal.
Le malade n'a plus aucun trouble. Mais l'on a la surprise à l'examen anatomique de voir qu'à côté d'une très intense sigmoïdité diverticulaire, responsable de la fistule, existe une polypose multiple.
L'un des polypes est dégénéré.

OBS. N° 9 : Monsieur L... André.

Homme de 77 ans, antérieurement suivi pour des poussées de rectocolite hémorragique. Il a fait, en outre, un infarctus du myocarde.

Depuis 4 mois, il se plaint de poussées de cystite et d'une pneumaturie.

La cystoscopie montre un petit bourgeon, juste en dedans de l'orifice unitéral gauche. A la rectoscopie, on note l'issue d'un peu de sang.

Le lavement Baryté montre une sigmoïdité diverticulaire typique.

Le malade peu géné par ses troubles, refuse l'intervention.

Obs. N° 10 : Madame F...

Femme de 66 ans, en bon état général, qui fait une poussée de cystite intense, durant 3 semaines, suivie de l'apparition d'une pneumaturie et d'une fécalurie.

L'Urographie intra veineuse est normale ; le lavement Baryté montre une diverticulite.

C.R.O.

Le sommet de l'anse sigmoïdienne adhère au dôme vésical.
En dehors de cette zone d'adhérences, le colon est souple
La séparation des deux organes est facile.
L'orifice vésical est fermé par un point.
Resection segmentaire du sigmoïde avec rétablissement immédiat de la continuité.
Fermeture sans drainage. Sonde vésicale à demeure.
La malade est revueà 1 an, guérie.

Obs. N° 11 : Monsieur E...

Homme de 61 ans, chez qui apparaissent début 1968, une cystite et une pneumaturie.

L'Urographie intra veineuse montre des bulles gazeuses intra vésicale , le haut appareil est normal.

Au lavement Baryté, aspect typique de diverticulite.

C.R.O.

Colon épais et **induré** sur le bas sigmoïde; à ce niveau existe une adhérence colo vésicale limitée et facilement supprimée

L'orifice vésical est fermé par un point de catgut chromé.

En raison de l'importance des diverticules sur tout le colon gauche, hémicolectomie gauche suivie d'anastomose immédiate.

Fermeture sans drainage.

Sonde urétrale pendant 7 jours.

Ce malade guérit simplement.
Il a été revu après 2 ans.

Obs. N° 12 : Monsieur S... Georges.

Homme de 49 ans, chez qui tout commence en Mai 1954 par un épisode douloureux abdominal fébrile.

Deux mois plus tard, hématurie importante qui est suivie de l'apparition d'une pyurie avec fièvre.

En Aout 1954, malgré un traitement anti infectieux, la pyurie persiste.

Une diarrhée fait son apparition.

Un lavement Baryté montre alors une diverticulose colique.

En Septembre apparaissent pneumaturie et fécalurie.

C.R.O

L'anse sigmoïdienne est collée au dôme vésical et n'est épaissie qu'au point précis où siège la fistule.

L'on décide de faire une resection en collerette de vessie suivie de cystorraphie.

Un resection en collerette de colon suivie de colorraphie. Les suites immédiates sont simples mais au 3ème mois, le malade refait une poussée de sigmoïdité et de diarrhée intermittente.

Il est réopéré en Septembre 1955 : Colectomie segmentaire idéale; drainage par une lame sortant par contre incision gauche.

Le malade guérit sans problèmes.

Obs. N° 13 : Monsieur F... Jean.

Homme de 73 ans, en très mauvais état général avec syndrome infectieux marqué, des douleurs abdominales gauche depuis quelques jours, une rétention vésicale chronique avec mictions par regorgement Le sondage révèle une fécalurie.

L'Uroculture confirme la pyurie à colibacilles et la fécalurie. La cystoscopie est impossible du fait de l'importance

de celle-ci. Le lavement Baryté montre une image, de sténose qui laisse de gros doutes quant à sa nature.

Après une brève préparation médicale ce sujet est opéré :

Fistule colo vésicale d'origine diverticulaire, confirmée par l'examen histologique d e la pièce.

La séparation des 2 organes est facile.

L'orifice vésical est suturé.

Colectomie segmentaire avec rétablissement immédiat de la continuité, protégée par un anus d'amont.

Hormis une phlébite, les suites opératoires sont simples.

L'anus est fermé un mois après.

Le malade est revu, guéri.

Obs. N° 14 : Madame L...

Femme de 78 ans, obèse, hystérectomisée, suivie pour insuffisance cardiaque. Cette femme est constipée de longue date, elle a fait plus recemment pusieurs crises de subocclusion éphèmères.

Elle est admise pour fécalurie avec pyurie et pneumaturie et, perception au toucher rectal d'une masse tumorale extrinsèque à bout de doigts.

L'Uroculture révèle une pyurie à colibacilles.

La rectoscopie est normale jusqu'à 20 cm.

La cystoscopie ne permet de rien voir dans cette vessie pleine de matières.

L'Urographie intra veineuse montre une pneumo cystographie spontanée, et le lavement Baryté une sténose, au niveau du haut sigmoïde.

C.R.O. :

Importante péritonite plastique pelvienne, de dissection difficile.

Le colon est infiltré sur 10 cm.

Resection en colerette do dôme vésical suivie de cystorraphie.

Colectomie segmentaire terminée en Hartmann en raison d'une

aggravation per opératoire de l'état de la malade

Drainage par Mickulicz.

L'examen anatomique montre qu'il s'agit degrosseê lésions de sigmoïdité diverticulaire.

Suites simples. La sonde vésicale est laissée en place iune semaine.

La malde sort guérie.

Obs. N° 15 : Monsieur G... Roger.

Homme de 65 ans, sans antécédents digestif autre qu'une constipation récente, quand apparaissent une pollakiurie diurne et nocturne avec brûlures mictionelles, mais urines claires.

Le malade ressent ces troubles depuis 4 mois, quand il constate à plusieurs mictions succesives une hématurie terminale.

Et dans les suites de cette hématurie apparaissent une pneumaturie et une fécalurie.

Hospitalisé en Décembre 1966, le toucher rectal révèle une légère infiltration sus prostatique.

Au culot urinaire : pyurie à pyocianique.

Un lavement Baryté montre une sigmoïdité diverticulaire avec sténose sigmoïdienne. Aucours de l'insufflation gazeuse, le cliché de profil met en évidence une cystographie gazeuse.(cliché N° 4).

C.R.O.

Lésions très importantes : le sigmoïde, très volumineux, adhère intimement à la vessie, très bas, juqqu'au fond du Douglas. Il est impossible de séparer les 2 organes, et l'opérateur se voit obligé de faire une ouverture première de la vessie. Il constate aolrs des lésions inflammatoires très etendues vers le bas, jusqu'au trigône.

Une cystectomie est faite à la demande et intéresse l'orifice urétéral gauche.

Colectomie segmentaire avec rétablissement immédiat de la continuité.

Puis réimplantation de l'uretère gauche et fermeture

Ce malade , revu plusieurs mois après est guéri. Il présente quelques troubles urinaires mais qui sont en rapport avec le développement d'un adénome prostatique.

Obs n° 16 : Monsieur C... Martial.

Homme de 64 ans en bon état général qui fait en 1964 une crise de sigmoïdité. Un lavement Baryté montre alors des diverticules associés à un aspect de colite spasmodique .

En Juin 1965 et Aôut 1966 , ce malade fait deux nouvelles crises similairës s'accompagnant de tenesme vésical. Une Urographie intra veineuse faite alors est normale.

En Octobre 1966 , au cours d'une nouvelle crise de sigmoïdité apparaissent une pneumaturie et une pyurie.

Le malade est hospitalisé en Novrmbre 1966 ; la pneumaturie et la pyurie persistent. L'examen note une masse palpable de la fosse iliaque gauche.

Le culot urinaire montre une pyurie à colibacilles et protéus.

L'Urographie intra veineuse reste normale.

Le lavement Baryté montre , outre des diverticules , une sténose étendue du sigmoïde.

C.R.O.

Enorme bloc d'adhérences inflammatoires de dissection très difficile . Au sein du magma , la dissection trouve un long trajet fistuleux colo-vésical.

Après séparation des deux organes , l'orifice vésical est suturé.

Une colectomie segmentaire idéale est pratiquée avec drainage .

Suites immédiates extrèmement simples. L'examen anatomique de la pièce confirme qu'il s'agit d'une sigmoïdité diverticulaire , sans signes de malignité.

Les suites éloignées sont marquées par deux occlusions sur brides.

La deuxième de ces occlusions nécessite une ressection du grêle et l'examen anatomique de ce grêle répond le 2 Aout 1967 :

" Envahissement de la sous séreuse par une adéno-carcinome glandulaire dont l'origine ne peut être précisée , mais vraisemblablement colique."

L'état du malade va se détériorer rapidement après cette intervention et il va malheureusement décéder deux mois plus tard.

Malheureusement la vérification ne pourra être faite.

Obs. N° 17 : Madame T... Kupra.

Femme de 62 ans, chez qui, en 1958, un lavement Baryté révèle une diverticulose colique, à l'occasion d'une crise douloureuse de la fosse iliaque gauche.

En Aout 1964, elle fait une nouvelle poussée douloureuse de la fosse iliaque gauche avec syndrôme subocclusif.

En Octobre apparait un sydrome de fausse cystite :

Pollakiurie, dysurie, brûlures à la miction et urines claires.
Ce syndrôme s'améliore sous Rufol.
En Novembre 1964, nouvel épisode de fausse cystite.
C'est en Janvier 1965, qu'apparaissent une pneumaturie, une Fécalurie, une pyurie à colibacilles.

C.R.O.:

Gros foyer inflammatoire du petit bassin, au sein duquel on retrouve une fistule complexe, iléo colo vésicale.
Le grèle est simplement suturé. L'orifice qui siège sur le dôme, est fermé par un point en X.
Colectomie segmentaire avec rétablissement immédiat de la continuité.
Fermeture sur un drainage aspira tif.

A partir du 5 ème jour, la malade est fébrile, souffre du ventre, a des urines infectées, puis apparait progressivement un gros abcès de la fosse iliaque gauche qui ne se draine que partiellement dans la vessie. Une évacuation chirurgicale secondaire est nécessaire.

La malade est finalement guérie, sans troubles urinaires.

Obs. N° 18 : Monsieur P... Maurice.

Homme de 54 ans, colitique depuis plusieurs années, qui

consulte en Juillet 1962 pour un épisode de cystite aigue.

L'Urographie est normale. La cystoscopie aurait montré un petit polype.

Quoiqu'il en soit, tout cède sous antibiotiques.

Un mois plus tard, épididymite droite.

En Novembre 1962, devant la persistance d'une pyurie à colibacilles et la réapparition de signes de cystite, une nouvelle cystoscopie est faite : on ne retrouve pas le polype précédemment vu, on constate par contre une hypertropie de la lèvre postérieure du col.

En Mars 1963, devant cette infection urinaire tenace, le malade est hospitalisé. Ses urines sont infectées par du pyocyonique, du protéus, de l'entérocoque. L'Urographie et la cystoscopie sont normales. Un lavement Baryté montre des diverticules associés à un aspect de colite spasmodique sigmoïdienne

Le malade est mis à un traitement antibiotique.

Six mois plus tard apparait une pneumaturie. Parallèlement le malade note que ses urines sont très sales avec de petites peaux blanchâtres et des dépots brunâtres.

Un nouveau lavement Baryté montre un trajet fistuleux partant du sigmoïde avec un très discret passage du produit de contraste dans la vessie.

C.R.O. :

Petit bassin libre, avec adhérence intime entre la vessie et le sommet du sigmoïde. Les 2 organes sont séparés facilement L'orifice vésical n'est pas vu.
Colectomie segmentaire avec rétablissement de continuité immédiat.

Les suites sont simples. Le malade sort guéri.

Obs. N° 19 : Monsieur T... Charles.

Homme de 44 ans, qui fait entre Juillet 1964 et Décembre 1965, plusieurs poussées du flanc gauche avec constipation et

fièvre, traitées par antibiotiques.

A ces épisodes s'associent diversement des troubles urinaires: Pollakiurie, dysurie, douleurs en fin de miction, mais les urines sont toujours claires.

L'Urographie intra veineuse est normale.

Le toucher rectal montre un important blindage de Douglas.

Le lavement Baryté, montre de nombreux diverticules sigmoïdiens.

Le malade est opéré en Janvier 1966 :

Le petit bassin est transformé en un effroyable bloc inflammatoire, soudant vessie et sigmoïde.

La dissection de ce bloc mène dans une cavité abcédée.

Ne pouvant faire plus dans l'immédiat l'opérateur draine l'abcès.

Dans les suites immédiates survient une embolie pulmonaire très sévère qui s'améliore néanmoins sous traitement médical.

Mais le foyer infarci s'infecte et se complique d'une pleurésie purulente.

Par ailleurs, au niveau du drainage de l'abcès apparait une fistule stercorale, qui va mettre 2 mois à se fermer.

Jusqu'en 1969, hormis une petite poussée de sigmoïdité, les troubles sont modérés.

C'est en 1969, qu'apparaissent une pneumaturie et une cystite à colibacilles.

A l'examen, on retrouve toujours le blindage de Douglas.

La cystoscopie montre une cystite diffuse, l'orifice fistuleux est vu.

Le lavement Baryté montre un aspect de sigmoïdité avec une spicule constante au bord antérieur du bas sgmoïde, et, qui semble être l'ébauche du trajet fistuleux.

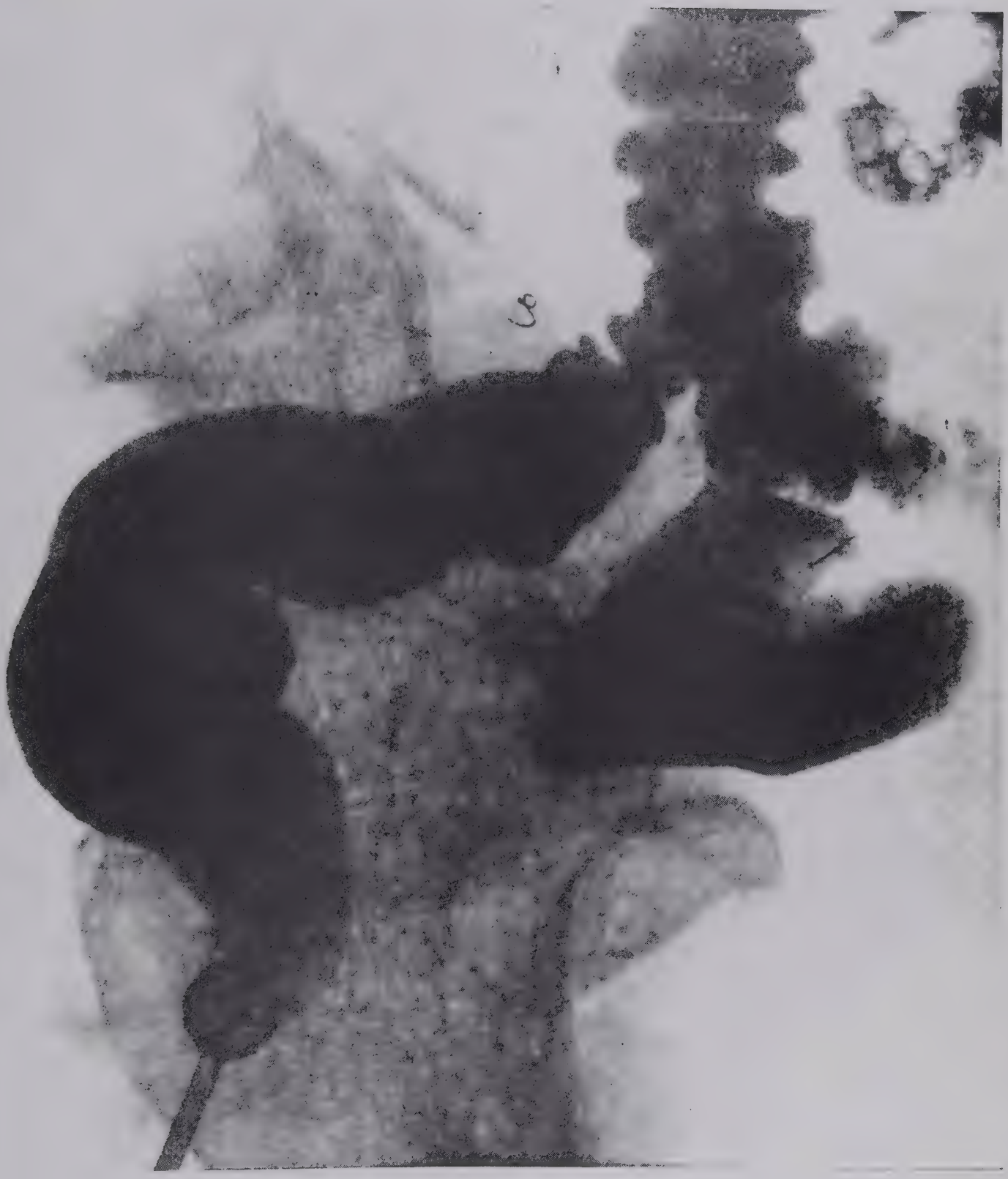
Ce malade n'a pas été réopéré, il est porteur d'une sigmoïdité et d'une périsigmoïdité importantes sur le plan anatomique mais s'accompagnat d'un minimum de troubles cliniques.

Sur le plan urinaire, la pneumaturie est intermittente ainsi qu'une infection urinaire modérée, et réagissant bien aux anti infectieux habituels.

En fonction des suites dramatiques de la précédente intervention il est difficile de prendre une décision agressive chez cet

homme jeune qui, finalement , se trouve en bonne santé.

Cliché n° I: (B.... Marthe) Urographie Intra-veineuse; la vessie est refoulée à droite par un abcés inter-colo-vésical .



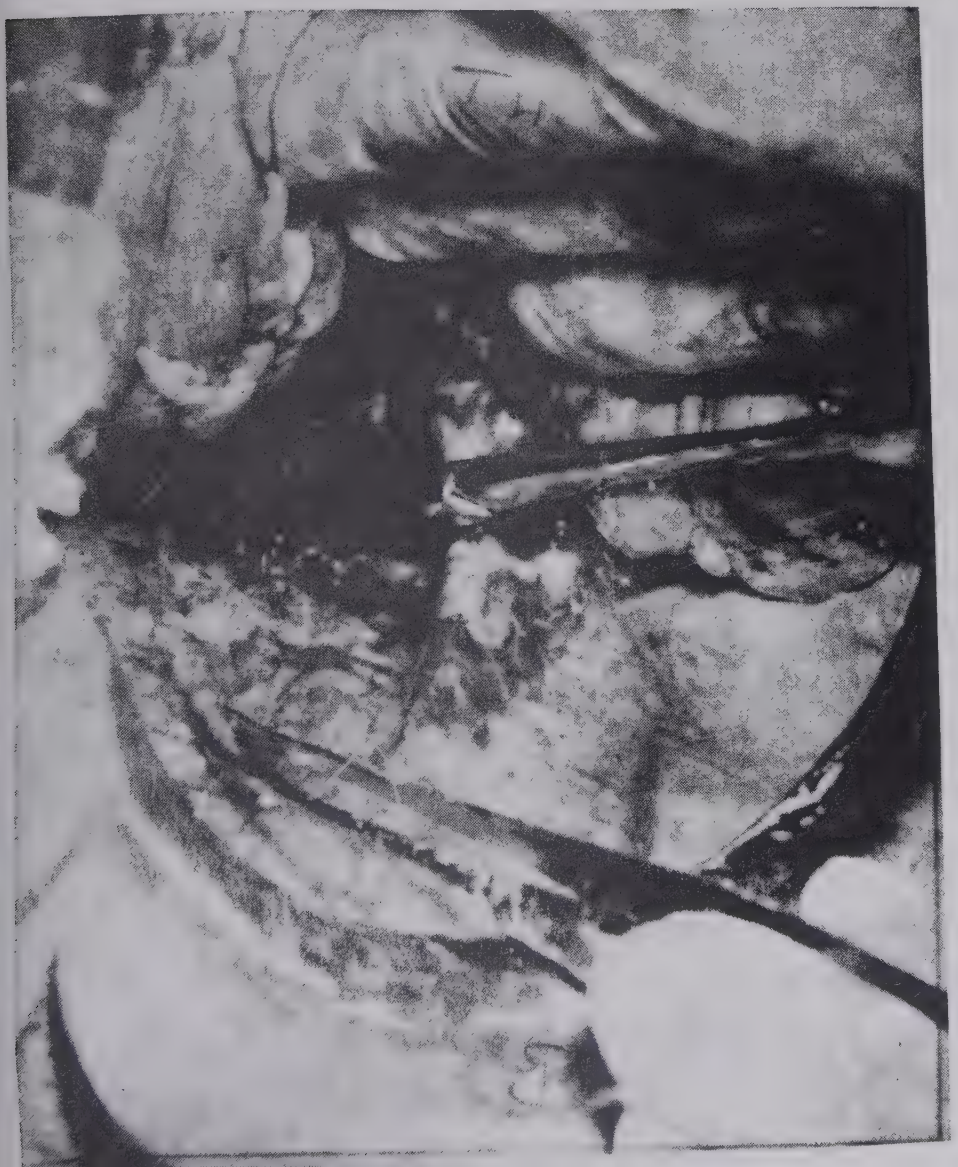
Cliché n°2 (S... Franceszk) :Lavement baryté; cliché de profil; opacification d'une flaque d'abcés inter colo-vésicale et de la vessie.

Cliché n°3 (F... Bernadette) :Lavement baryté; cliché de trois quart; on voit trés nettement, dans la partie gauche du cliché, l'opacification d'un trajet inter colo-vésical et de la vessie.

Cliché n°4 (G... Roger) : Insufflation gazeuse au cours du lavement baryté ; on voit, dans la partie droite du cliché, en regard de la tête fémorale, la clarté gazeuse, ovalaire, de la vessie.

Cliché n°5 (P... Maurice) :Lavement baryté; on devine (mal rendu par la reproduction) un discret passage du produit de contraste dans la vessie.

Photos n°I et2 (B... Gilbert) : Sigmoide et vessie ont été séparés; sur la photo du haut, la main de l'opérateur présente le colon malade, une pince de BENGOLEA étant introduite dans l'orifice colique de la fistule;sur la photo du bas, le colon est récliné vers le haut et l'on voit nettement la zône vésicale cruentée;une pince de BENGOLEA est introduite dans l'orifice vésical de la fistule .



HISTORIQUE

Si la communication entéro vésicale est un état pathologique connu depuis l'antiquité , les fistules colo vésicales d'origine diverticulaire comme la maladie diverticulaire elle-même , n'ont acquis une entité que depuis la fin du siècle dernier.

- Ici et là l'histoire apporte des observations isolées et pittoresques:

Telle celle de RUPHUS D'EPHESE qui aurait vu un homme vivre plus de 10 ans avec de l'urine sortant par l'anus.

Ou celle de FRANCK , découvrant en 1876 une fistule sigmoïdo-vésicale à l'autopsie d'un écclésiastique de 73 ans , sans que l'étiologie de cette fistule ait été précisée.

- Mais ce n'est qu'à la fin du siècle dernier qu'apparaissent des travaux plus consistants portant sur les fistules sigmoïdo-vésicales ou sur l'ensemble des fistules entéro-vésicales.

C'est la thèse de BLANQUINQUE en 1870 , les publications de PUTEGNAT ou de PASCAL en 1900.

Les premières tentatives thérapeutiques datent de cette période : CURLING , en 1852 , réalise la première colostomie par fistule sigmoïdo vésicale , avec une survie de 5 mois.

CERNY , en 1887 , aborde les lésions , sépare les deux organes , et suture les deux orifices. Il sera amené à faire une colostomie au deuxième mois , qui n'empêchera pas le décès un mois plus tard.

- Mais jusqu'alors , la fistule entéro-vésicale n'est qu'une curiosité pathologique , qui n'entre pas encore dans un cadre nosologique précis.

C'est MAYOR ,qui , en 1893 individualise le premier les sigmoïdités Dès lors , la communication sigmoïdo vésicale d'origine diverticulaire va être reconnue et donner lieu à de nombreux travaux:

La thèse de HEINE en 1904.

Les communications de SOUPAULT et GOUVERNEUR aux Congrès de 1935 et 1937 , puis l'article de GOUVERNEUR , SOUPAULT et LATIFI dans le journal de chirurgie de 1938 , où ils précisent l'évolution en deux phases , préfistuleuse et fistuleuse de la maladie , et où ils définissent le syndrôme de fausse cystite , témoin de la première phase.

Ces travaux et bien d'autres , jusqu'en 1945 font évoluer à grands pas la connaissance clinique de la maladie , mais le traitement , quant à lui , n'évolue guère depuis les premières tentatives :

la colostomie , temporaire ou définitive , est le plus souvent pratiqué. La désunion de la fistule , suivie de suture des deux organes est le traitement idéal réservé aux quelques cas favorables.

- C'est en 1917 que KEEFE tente la première colectomie.

Mais il faut attendre le plaidoyer de LEPOUTRE en 1943 dans la presse Médicale , BESSI en 1945 dans sa thèse , et surtout les travaux américains de MAYFIELD et WAUGH en 1949 , de MAYO et BLUNT en 1950 pour qu'elle soit peu àpeu considérée comme l'intervention de choix.

C'est le plus souvent une intervention en plusieurs temps , précédée d'une colostomie première.

- Depuis 1950 les connaissances concernant l'aspect clinique de la maladie n'ont guère évolué.

La finesse de technique des explorations Urologiques et du lavement . BARYTE ont , par contre , considérablement facilité le diagnostic.

Le traitement s'est orienté de plus en plus vers la colectomie idéale dans les cas favorables , suivant en cela l'évolution de la chirurgie du cancer du colon.

Les auteurs américains , GOODWIN , FITZPATRICK , BLAKE , tendent tous dans ce sens.

HENRI et EDELMANN dans leur rapport au Congrès de chirurgie de 1962 sur le traitement chirurgical des sigmoïdités , nous montrent comme cette tendance s'est aussi généralisée chez les chirurgiens français.

- Ce chapître de la pathologie vient d'être remis à l'honneur au Congrès de chirurgie de 1971 par COUVELAIRE , STEG , et BOUTELIER. Une partie des notions , classiques ou nouvelles qui y ont été apportées, fait l'objet de cette thèse.

ETIOLOGIE

Nous envisagerons le chapître de l'étiologie en répondant successivement aux trois questions suivantes:

- Quelle est la place de la maladie diverticulaire du sigmoïde dans l'origine des fistules vésico intestinales ?
- Quelle est la place de la fistule sigmoïdo vésicale dans la maladie diverticulaire ?
- Quels sont les malades porteurs d'une fistule sigmoïdo vésicale d'origine diverticulaire ?

Pour répondre à ces questions ; nous utiliserons conjointement les données que nous avons trouvé dans la littérature et l'étude de nos 19 dossiers.

1°) Quelle est le place de la maladie diverticulaire dans l'origine des fistules vésico intestinales ?

Les fistules vésico intestinales sont de 4 types :

- Congénitales
- Traumatiques
- Néoplasiques
- Inflammatoires

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la forte prépondérance des fistules d'origine inflammatoire , suivies dans l'ordre de fréquence par les fistules néoplasiques.

Eduard HRADEC sur 695 cas de fistules vésico intestinales donne 47,2 % de fistules inflammatoires et 32,5% de fistules néoplasiques.

John ORMOND donne des chiffres un peu différents , mais sur 22 cas seulement : 1 fistule congénitale ,
11 fistules néoplasiques,
8 fistules inflammatoire
3 fistules traumatiques.

ABESHOUSE , reprenant les chiffres de 6 auteurs américains arrive à un total de 665 cas et ses chiffres sont également de 47 % pour les fistules inflammatoires et 33 % pour les fistules néoplasiques.

Une fistule vésico intestinale sur deux est donc d'origine inflammatoire

Une sur trois d'origine néoplasique , la maladie responsable de la fistule étant dans les deux cas presque toujours une maladie intestinale ; il est très rare que le point de départ soit cancer de vessie.

La maladie intestinale inflammatoire le plus souvent en cause est la maladie diverticulaire du sigmoïde. Viennent juste après , et dans un ordre variable selon les statistiques :

- l'appendicite
- l'iléite régionale de Crohn
- puis d'autres causes très rares (tuberculose , diverticules de Mecckel , infections utéro salpingiennes.)

DUBOST et TORRE , sur 111 fistules inflammatoires relevées dans la littérature , retrouvent 62 diverticules coliques et 18 appendicites.

Selon ABESHOUSE , la diverticulite est toujours la principale cause , mais après viendrait l'iléite terminale.

Telle est le répartition générale des fistules entéro vésicales.

Envisageons maintenant les seules fistules sigmoïdo vésicales.

L'on retrouve la même prépondérance , mais ici , une seule cause dans chaque catégorie : la diverticulite sigmoïdienne et le cancer du sigmoïde.

Selon LATIFI , 55 % des fistules sigmoïdo vésicales sont d'origine diverticulaire , 23 % sont dues à un cancer du sigmoïde.

Les publications plus récentes donnent des chiffres similaires.

Cette énorme prépondérance de l'étiologie diverticulaire ne surprend pas quand on sait la fréquence de la maladie :

Plus d'un colon sur 20 selon GOUVERNEUR , SOUPAULT et LATIFI , est atteint de diverticulose.

HENRI et EDELMANN estiment la diverticulose colique à :

3 % avant 40 ans , 10 % de 40 à 60 ans ,

25 % après 60 ans et 40 % après 70ans.

Tous sont d'accord sur la quasi constance de la localisation sigmoïdienne.

Une grande partie de ces diverticuloses va en rester là.

Certaines vont s'infecter et devenir diverticulites. Selon HENRI et EDELMANN , on peut estimer que 15 à 25 % des sujets porteurs de diverticules sigmoïdiens seront atteints un jour ou l'autre de diverticulite.

Ce sont à peu près les chiffres habituellement retrouvés dans la

littérature : 20 % pour CIBERT ,

653 diverticulites sur 1918 selon la MAYO CLINIC , soit à peu près une sur trois.

C'est dans le cadre de ces diverticulites que se recrutent les fistules sigmoïdo vésicales , ce qui nous amène à notre deuxième question

2°) Quelle est la place des fistules sigmoïdo vésicales dans les diverticulites ?

HENRI et EDELMANN en ont relevé 30 cas sur leurs 403 observations de sigmoïdité , soit 7 %.

Ce chiffre en fait , est très variable selon les auteurs :

4,6 % pour MUMMERY
12 % pour MAXWELL , TELLING et GRÜNER
22,8 % pour MAYO et BLUNT

De telles différences entre les chiffres des divers auteurs s'expliquent par le recrutement différent selon qu'il s'agit des services de chirurgie digestive ou des services d'Urologie , ainsi que la difficulté parfois à tracer la limite entre sigmoïdité avec troubles urinaires par adhérence à la vessie et la fistule sigmoïdo vésicale vraie.

Nous avons repris l'ensemble des diverticulites des services de nos maîtres EDELMANN et NARDI de 1961 à 1971. Nous avons relevé ainsi 106 sigmoïdités dont 8 fistules sigmoïdo vésicales , soit 7,5%.

L a fistule sigmoïdo vésicale nous est donc apparue comme une complication de la maladie diverticulaire de fréquence appréciable puisqu'on la rencontre chez pas loin d'un malade sur 10.

Il ne faudrait pas cependant la classer parmi les complications classiques et fréquentes de la maladie ; en effet , nous avons noté par ailleurs : 28 % de péritonites par perforation
26 % de poussées de sigmoidites aigues
16 % d'abcès pelviens

Chiffres qui sont voisins de ceux de HENRI et EDELMANN :

27 % de tumeurs inflammatoires aigues
27 % de péritonites généralisées
15 % d'abcès périsigmoïdi s.

Telle est la place de la fistule sigmoïdo vésicale dans la diverticulite sigmoïdienne et relativement à quelques autres complications

classiques de la maladie. Tous ces chiffres proviennent de services de chirurgie et concernent donc un recrutement particulier, n'interessant pas les nombreuses diverticulites suivies et traitées dans les services de médecine. On peut donc considérer , dans cette optique , qu'ils sont tous excessifs et ne correspondent pas à l'éxacte vérité.

A l'opposé , la difficulté de diagnostic de fistule colo vésicale , la méconnaissance d'un certain nombre de ces fistules devant l'association d'une diverticulite et de troubles urinaires, apporte un correctif dans l'autre sens.

La fréquence des fistules colo vésicales dans le cadre des diverticulites est donc de 7 à 10 %.

GOUVERNEUR , CIBERT , plusieurs auteurs américains tels MAYO , MAYFIELD , ABESHOUSE , considérent que la majorité des cas de ces malades se présentent comme des malades urinaires ; leur diverticulose était jusqu'alors méconnue ; non pas qu'ils n'en aient jamais souffert , mais les troubles étaient discrets et n'ont jamais justifié une exploration soigneuse. Les diverticulaires connus constitueraient donc une petite minorité parmi les malades consultant pour fistule sigmoïdo vésicale.

HENRI et EDELMANN , au contraire , retrouvent 18 malades sur leurs 30 cas , où des manifestations franche de la diverticulite ont précédé de longue date la fistulisation vésicale. Six de ces 18 malades ont même présenté lors d'une poussée antérieure une tumeur inflammatoire palpable. Ceci les amène à insiter , àtrès juste titre , sur la négligence thérapeutique , qui a laissé évoluer ces sigmoïdités jusqu'à la fistulisation vésicale.

Dans nos observations nous relevons :

- 4 sujets dont la sigmoïdité était connue avant l'apparition des troubles urinaires .les malades des observations n° 1 ,16 , 17 et 6 , ayant déjà présenté plusieurs poussées de sigmoïdité confirmée par lavement Baryté , plusieurs années auparavant dans les 3 premiers cas , 7 mois auparavant dans le quatrième. Ces quatre malades représentent 21 % des cas , soit à peu près 1 malade sur 5 ; ce qui confirme la notion de très faible fréquence des sigmoïdités connues.

- 5 malades avaient des antécédents de troubles coliques :
  Rectorragies récentes chez le malade de l'observation n° 4
  Poussées de subocclusion depuis de longues années chez le malades de l'observation n° 14.

Colite depuis de nombreuses années chez 3 autres sujets avec alternance de diarrhée et de constipation.

Donc rien de très aigu , mais néanmoins des troubles qui auraient pu justifier un lavement Baryté chez ces 5 malades.

- Nous avons donc , en groupant ces deux catégories , 9 malades soit près de la moitié dont les antécédents digestifs n'étaient pas vierges.

- Il reste néanmoins 10 malades , plus de 50% , chez qui la maladie diverticulaire était latente jusqu'à la fistulisation vésicale.

Etait-elle totalement latente ? Peut-être un interrogatoire plus détaillé aurait-il découvert quelques signes ?

Peut-être une pratique plus fréquente du lavement Baryté serait-elle nécessaire ?

De toute façon , s'il existe des troubles ils n'ont manifestement pas géné le malade , et , jamais justifi une consultation médicale.

Telle est donc la situation de la fistulisation vésicale dans le cadre de la maladie diverticulaire :

- Dans prés de la moitié des cas , certes , elle est l'aboutissant de négligences , et d'une maladie qui aurait du être connue et parfois traitée radicalement depuis longtemps.

- Mais dans plus de la moitié des cas , rien ne pouvait la faire prévoir . On est d'autant plus frappé au vu de l'évolution anatomique ayant amené à l'ouverture de ce colon dans la vessie.

On s'explique mal cette longue évolution de lésions infectées pelviennes et ce silence clinique.

3°) Quels sont les malades porteurs d'une fistule sigmoïdo - vésicale d'origine diverticulaire ?

Nous serons amené dans ce chapître à repondre à 3 questions pour situer le profil de ces malades :

-Quel est leur âge ?

-Quel est leur sexe ?

-De quelles maladies sont-ils porteurs et en quoi celle-ci influencent-elles le pronostic ou modifient-elles les problèmes diagnostiques ?

Pour répondre aux 2 premières questions , touchant au sexe et à l'âge de ces patients , nous avons relevé de façon analytique 51 sigmoïdités :

- toutes les sigmoïdités du service du Docteur NARDI.
- les sigmoïdités vues au cours des années 1968 et 1969 dans le service du Professeur Agrégé EDELMANN.

Notre but étant de savoir si , sur ces deux données la répartition des fistules sigmoïdo vésicales était franchement différente de celle des sigmoïdités en général.

A. Le Sexe

Selon tous les auteurs , c'est un homme dans la grande majorité des cas.

Sur ses 10 observations publiées en 1966 , CIBERT relève 9 hommes et une femme.

Georges H. EWELL signale 5 fois plus d'hommes que de femmes.

L'explication habituellement donnée à cette différence entre les sexes est la " barrière génitale " qui constituerait un obstacle entre le sigmoïde et la vessie , et GODIN , dans sa thèse , souligne à l'appui de cette théorie la plus grande fréquence de ces fistules chez les femmes hystérectomisées.

En fait , tout le monde n'abonde pas dans ce sens : HRADEC , quant à lui , a une majorité de femmes dans ses observations ; BLAKE constate également une prédominance de femmes.

En ce qui concerne nos 19 observations , nous relevons 11 hommes et 8 femmes , soit 59 % d'hommes et 41 % de femmes.

La différence n'apparait pas significative , et l'on peut considérer que nous avons une répartition homogène entre les 2 sexes.

Que penser alors de la classique " barrière génitale " ?

Elle nous laisse bien sceptique. Les constatations opératoires habituelles montrent , en effet , qu'un utérus de taille normale n'empêche jamais un sigmoïde assez long de venir reposer sur le dôme vésical , et donc la possibilité de fistule si les conditions pathologiques s'y prêtent.

Plus qu'une hypothétique barrière génitale , il nous semble que ce qui peut jouer sur les possibilités de fistule sigmoïdo vésicale , c'est la longueur du sigmoïde et de son méso , celle-ci étant ,d'une part , de la conformation anatomique du sujet , d'autre part des modifications qui vont découler de la sigmoïdité elle- même.

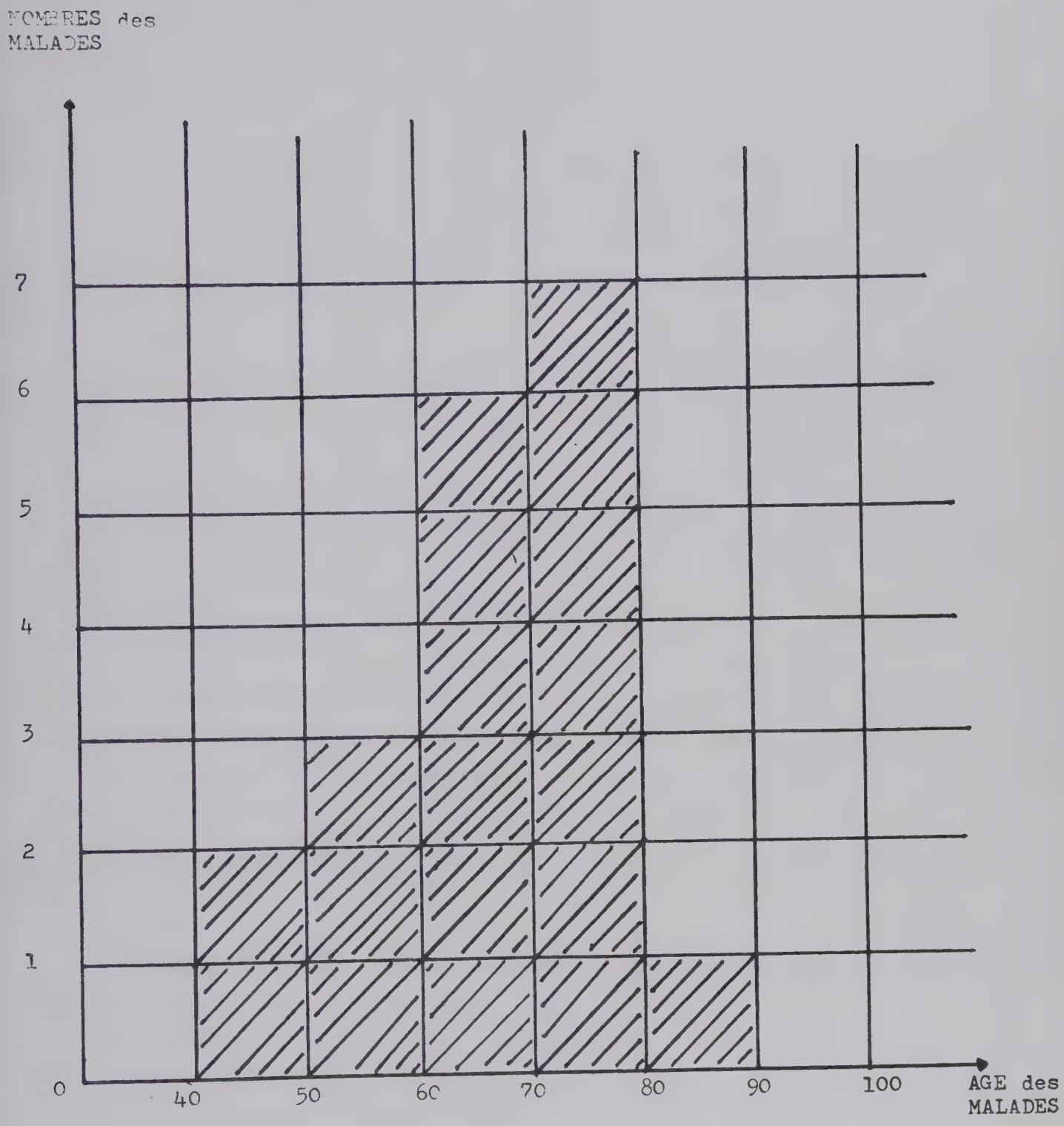
L'une des premières conséquences anatomiques de la sigmoïdité étant la rétraction du méso sigmoïde , on pourrait se demander ici si la fistule sigmoïdo vésicale n'est pas la complication des sigmoïdites modérées et débutantes ; nous verrons plus loin qu'à la lumière de nos 19 cas , nous devons répondre par la négative à cette question.

Voyons maintenant la répartition des Sexes sur nos 51 sigmoïdités.

Nous retrouvons :

23 femmes , soit 46 %

27 hommes , soit 54 %



COURBE N° 1

(Histogramme d'Age des fistules sigmoïdo vésicales).

Donc , pas de différences notables par rapport au cadre plus précis des fistules. Ici également , la répartition entre les deux sexes est homogène.

B.L'Age

Ces sujets sont habituellement dans la seconde moitié de leur vie.

Pour la majorité des auteurs , c'est entre 50 et 70 ans que s'observent le plus grand nombre de cas. Le cas le plus jeune que nous ayons relevé dans la littérature est un malade de CIBERT qui a 39 ans.

Il nous parait en effet difficile de retenir le malade de DUBOST et TORRE opéré à 19 ans , mais souffrant d'une pneumaturie depuis l'âge de 10 ans. Les auteurs concluent : "fistule sigmoïdo vésicale d'origine probablement diverticulaire", mais ni le lavement Baryté ni les constatations opératoires n'ont apporté le moindre argument en ce sens. Et dans la mesure où les auteurs se sont contenté d'une séparation simple des deux organes , il n'y a pas eu d'examen anatomo-pathologique du colon sigmoïde .

S'agit - il d'une autre affection ?

S'agit - il d'une maladie diverticulaire congénitale ?

Nos 19 fistules se répartissent entre 44 ans-82 ans ,avec un âge moyen de 66 ans selon l'histogramme ci-joint. (courbe n°1.).

On voit sur cet histogramme que la majorité des cas se situe entre 60 et 80 ans. (14 cas sur 19 après 60 ans).

Il reste néanmoins 5 cas sur 19 avant 60 ans et 2 cas sur 19 avant 50 ans dont notre plus jeune cas qui est un homme de 44 ans.

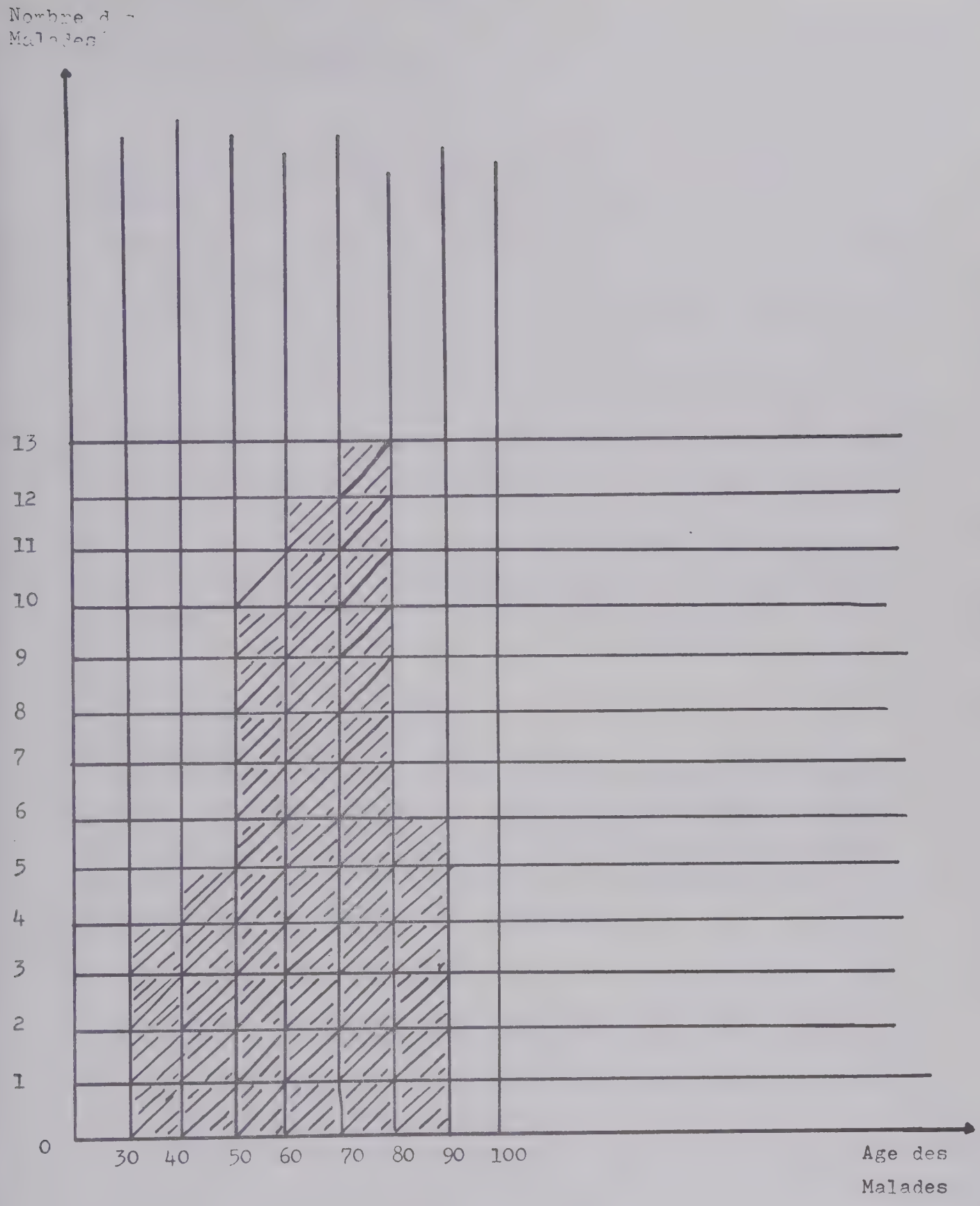
L'ensemble des 51 sigmoïdités que nous avons relevées se répartit de façon sensiblement identique :

âge moyen de 64, 2 ans.

âges extrèmes de 36 à 85 ans.

leur histogramme (courbe n°2) est strictement superposable au précedent.

Ici encore , on est frappé par l'existence de sujets jeunes (5 malades entre 40 et 50 ans , 4 entre 35 et 40 ans). Mais c'est reposer le problème de l'étiologie de la maladie diverticulaire ; il est difficile de croire que ces sujets d'un peu plus de 30 ans soient atteints d'une maladie de vieillesse , succédant à une vie de stase et d'hypertension sigmoïdienne.



COURBE Nº 2

(Histogramme d'Age des sigmoïdités).

C. Le Terrain Pathologique:

Nous n'avons pas retrouvé grand chose dans la littérature sur ce point précis, hormis des notions,classiques depuis GOUVERNEUR, quant à l'obésité , à la constipation, et aux intempérances culinaires de ces sujets, qui, dit-on, font le lit de la diverticulose.

L'étude de nos observations nous ont amené à envisager deux aspects fort différents de ce chapitre :

- les tares pathologiques, cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques, ou autres, qui vont influer sur le pronostic, et, partant,sur l'attitude thérapeutique; nous serons amenés à en reparler beaucoup au chapitre des indications thérapeutiques.

- les lésions urologiques associées, dont la symptomatologie propre va interféreravec celle de la fistule, et compliquer d'autant les problèmes diagnostiques.

a /. Les Tares Pathologiques:

Etant donné l'âge moyen des malades, on peut s'attendre à ce qu'elles soient fréquentes et volontiers multiples chez un même sujet. Nous les étudierons d'abord de façon analytique, nous essaierons ensuite de nous faire une idée synthétique de ce terrain pathologique chez nos 19 malades.

- L'obésité.

Quoique classique, nous ne l'avons retrouvée que dans trois cas, soit 16 % . Deux de ces trois malades sont décédés. Est-ce à dire que leur obésité à jouer comme un facteur particulièrement péjoratif? Dans ces deux cas elle s'associait à d'autres tares pathologiques, et c'est cet ensemble qui s'est avéré redoutable. Dans un de ces deux cas cependant, le malade de l'observation n° 4 , l'obésité a pu par elle-même représenter une gêne technique considérable dans la réalisation d'une colectomie idéale, dans l'appréciation de la vascularisation des extrémités coliques, dans la réalisation d'une fermeture pariètale à toute épreuve. Chez ce malade mort d'un lachage

d'anastomose et d'une éviscération , l'obésité ne pouvait elle pas constituer par elle même un obstacle au rétablissement immédiat de la continuité ?

- Les maladies cardio vasculaires

nous sont apparues comme un facteur déterminant de pronostic.
Elles étaient présentes chez 6 malades sur 19 , à peu près 1 sur 3.
Et dans ce groupe de malades , nous avons observé 2 décès soit 33 % ce qui est beaucoup.
Ces affections cardio vasculaires se répartissaient dans le détail de la façon suivante :

5 de ces 6 malades étaient porteurs d'une cardiopathie gauche modérée.

3 étaient hypertendus : il s'agissait de 3 hypertensions primitives et relativement modérées.
C'est dans deux cas seulement qu'il existait une maladie cardio vasculaire grave et déjà compliquée :

la malade de l'observation n° 1, aux antécedents d'hémiplégie et d'infarctus du myocarde.

le malade de l'observation n° 9 aux antécedents d'infarctus.
La première de ces deux malades est décédée dans les suites se son intervention.

- Les affections respiratoires

étaient présentes dans 3 cas , soit 16 % sous forme d'un asthme sans gravité évoluant par crises aigues intermittentes.
Nous n'avons retrouvé aucun cas d'asthme à dyspnée continue , aucun cas d'insuffisance respiratoire chronique.

- Le diabète

était présent chez un seul malade , ceci sans aucune incidence péjorative sur le tableau clinique et sur le facteur infectieux puisqu'il s'agit de cette vieille dame qui a refusé l'intervention, arguant de la discretion de ces troubles.

- Léthylisme chronique

par contre, s'est révélé redoutable dans le seul cas où nous l'ayons

observé. La maladie s'est présenté sous forme particulièrement grave , et sur un terrain particulièrement affaibli. Le decès en a été la conséquence. On sait la gravité que revet toujours l'éthylisme chronique en chirurgie , par son retentissement sur l'âge physiologique ,par son risque de complications propres pendant la période post-opératoire.

- <u>restent à citer quelques associations pathologiques</u> , surtout à titre de curiosité :

Hernie Hiatale : 1 cas
H ernie Ombilicale : 1 cas
Eventration : 1cas
Maladie de Paget : 1cas
Glaucôme : 1 cas
Antécedents de gastrectomie pour ulcère : 2cas

Au terme de cette étude analytique , quelques remarques s'imposent quant à son intéret réel :

Certes , elle donne une notion de fréquence et de valeur pronostique des diverses tares associées.

Surtout , on peut se demander si nos chiffres , sur une série si courte de malades , ont vraîment une valeur statistique.

Et , en aucun cas on ne peut tirer profit d'une telle étude pour établir un pronostic et poser une indication.

En effet , ces tares s'associent chez certains malades , en épargnant d'autres , elles s'aggravent souvent mutuellement , on est amené à tenir compte , en outre de notions souvent plus ou moins subjectives , tenant à l'aspect général du malade , à son mode de vie , à sa resistance apparente , et, c'est finalement tout cet ensemble qui va intervenir dans l'appréciation de chaque cas , aboutissant à la notion d'âge physiologique , qui seule en définitive va permettre de poser l'indication.

Ceci nous a amené à reprendre nos observations de façon plus synthétique , et a les répartir en 3 groupes ,qui , on le verra plus loin , nous ont posé des problèmes thérapeutiques très différents :
- 2malades d'abord , sont à ranger dans le cadre des déchéances physiologiques.

La malade de l'observation N° 5 est une tuberculeuse quasiment grabattaire. Cette femme est dans un état cachectique et présente des troubles psychiques graves.

La malade de l'observation N° 6 est une clocharde, éthylique notoire, vasculaire.

Deux cas où la gravité du terrain a été confirmée par la gravité de l'évolution.

- IO malades se présentaient en bon état général, sans tares associées.

Chez ces sujets, et quel que soit leur âge, un traitement idéal pouvait être envisagé sans aucune réticence.

- 7 malades, enfin, soit 37 % étaient à ranger dans la catégorie intermédiaire. Malades tarés chez qui le risque chirurgical était plus grand. C'est chez ces malades que se recrutent les échecs thérapeutiques et les indications teintées de prudence.

b /. <u>Les lésions urologiques assossiées</u>

5 malades sur 19 avaient de telles lésions, soit 26 %.

Tous étaient de sexe masculin.

4 fois, il s'agissait d'un adénome prostatique révélé par le her rectal, I fois d'une hypertrophie du col, révélée par l'urétrocystos- copie

Ces lésions urologiques associés sont génantes sur le plan diagnostic.

Le risque est, en effet, de les rendre responsables des signes fonctionnels que présentent ces malades, de rapporter à un adénome prostatique avec petit résidu vésical une infection urinaire récidivante qui n'est en fait que la traduction de la maladie digestive méconnue.

De telles observations abondent dans la littérature et donnent même souvent lieu à des thérapeutiques totalement inadaptées , et, par voie de conséquence, inéfficaces.

CLINIQUE

L'Histoire naturelle de la fistule sigmoïdo vésicale d'origine diverticulaire reproduit en fait , celle de tout foyer suppuré :

- d'abord , la collection de l'abcès , qu'il s'agisse d'un simple pyo diverticule , ou d'un abcès pelvien , inter colo vésical ,
- puis , ouverture spontanée de cet abcès qui , dans le cas présent , se fait dans la vessie , établissant la communication entre les deux organes.

Partant de ces faits , il est habituel ; depuis GOUVERNEUR de traiter la clinique des fistules sigmoïdo vésicales d'origine diverticulaire en deux chapîtres :

- le stade pré-fistuleux
- le stade fistuleux.

Le premier stade est de durée variable , d'une quasi inexistence à plusieures années. L'accident , que l'on imaginerait bruyant qui sépare ces deux stades, ne l'est pas toujours , et , même parfois passe inaperçu.

Le deuxième stade est celui auquel est fait habituellement le diagnostic.

Telles sont les données retrouvées dans la littérature , et que nous allons exposer dans un premier chapître. Ensuite nous analyserons les éléments cliniques relevés dans nos 19 observations.

1) LES DONNEES DE LA LITTERATURE

A / Le stade préfistuleux.

Il est classiquement celui de la fausse cystite , à urines claires , qui associe : pollakiurie

mictions difficiles , s'accompagnant de gêne ou de douleurs , parfois de brulures mictionelles ,

Tiraillements intra pelviens en fin de miction mais les urines restent absolument claires et non infectées à l'examen cyto bactériologique.

GOUVERNEUR , SOUPAULT et LATIFI ont retrouvé cette symptomatologie 53 fois sur 125 observations.

Une cystoscopie , pratiquée à ce stade , est le plus souvent normale , elle peut parfois montrer une zone inflammatoire localisée à la partie haute et gauche de la face postérieure de la vessie.

En fait , ce dogme de la non infection urinaire , tant que la communication entéro vésicale n'est pas effective , est actuellement battu en brèche. CIBERT , en particulier , affirme que dès ce stade , préfistuleux , peut s'observer une cystite vraie avec pyurie à colibacilles ou entérocoques ; cette infection urinaire se révèle même volontiers par une manifestation extra vésicale et l'auteur signale la fréquence des épididymites à germes banaux , comme l'élément révélateur de la maladie.

Fausse cystite ou vraie cystite , elle est isolée sans pneumaturie ni fécalurie. Elle évolue par poussées , entre lesquelles le malade ne souffre d'aucun trouble , et ceci pendant plus ou moins longtemps :

- il est des cas ou le phasepréfistuleusen'existe pas et ou c'est une pneumaturie qui ouvre la scène.
- ailleurs ,cette phase évolue pendant plusieurs mois ; WELCH donne une moyenne de 8 mois.
MAYO et BLUNT donnent 16 mois.
- elle peut même durer plusieurs années et RIEDER cite un cas où elle s'est poursuivie pendant 10 ans avant l'ouverture de la fistule.

B / <u>C'est habituellement avec la plus grande discrétion que se crée la communication</u>.

Un beau jour apparait la pneumaturie.

Mais parfois , un élément marquant signe la fistulisation :

- ici , un tableau aigu , fébrile , avec état subocclusif ,

défense hypogastrique , ténèsme vésical intense , urines franchement purulentes , témoigne de la suppuration aigue , en voie de se rompre. La défervescence va survenir , en même temps que le drainage vésical et la pneumaturie.

- ailleurs , c'est une hématurie plus ou moins abondante , qui peut d'ailleurs s'associer au tableau précédent.

C / Le stade fistuleux.

Doit son individualisation à l'existence des deux signes majeurs de la maladie : la pneumaturie
la fécalurie.

- La Pneumaturie

est d'une très fréquence.

LATIFI la retrouve dans 122 observations sur 125.
HARLIN et HAMM dans 85 à 90 % des cas.
BARNES et HILL dans 90 %
MAC SHERRY et BEAL dans tous leurs cas.

Elle a l'énorme avantage d'être quasiment pathognomonique de la fistule entéro vésicale , une fois éliminées deux causes d'erreurs : l'exeptionelle infection urinaire à anaérobis de type de la gangrène gazeuse ou un lavage de vessie récent, au cours duquel il y a eu injection d'air dans la vessie.

C'est un signe que le malade signale parfois de lui même , mais qu'il faut souvent rechercher minutieusement par l'interrogatoire.

Certains malades ont été frappés , depuis un certain temps par des urines mousseuses , surtout en fin de miction.

Pour d'autres , c'est la sensation , parfois douloureuse , parfois simplement désagréable , parfois bruyante , d'emettre des gaz par la verge en cours de la miction ou en fin de miction.

Certains sujets , qui urinent dans leur bain ont vu avec surprise apparaître des bulles gazeuses à la surface de l'eau.

On conçoit que ce signe soit souvent difficile à mettre en evidence et qu'ilsoit de bonne clinique , dans les cas difficiles , de regarder le sujet uriner ;on conçoit , d'autre part que chez la femme ,la difficulté puisse atteindre son maximum sa constitution lui permettant moins facilement la contemplation de ses urines , et autorisant la confusion quant à l'origine de ses emissions gazeuses .

- La Fécalurie

est le second symptôme majeur de la maladie.

Retrouvé dans :

7 cas sur 11 pour MAC SHERRY et BEAL.
50 % des cas pour HARLIN et HAMM
23 % des cas pour BARNES et HILL.

Sa fréquence est donc beaucoup plus modeste que celle de la pneumaturie. Ce signe a , par contre , l'avantage d'être pathognomonique de la communication entéro vésical.

Elle se manifeste de façon très variable :

- dans certains cas , elle est décelée seulement par l'examen cyto bactériologique des urines , demandé devant des urines troubles : la découverte de débris cellulosiques d'origine végétale et de fibres musculaires affirme la fécalurie.

- ailleurs existent , dans des urines très troubles , des petits débris brunâtres , ou des fausses membranes qui attirent l'attention , mais qui peuvent évoquer bien d'autres choses qu' une fécalurie , en particulier les débris d'une tumeur vésicale; ici encore , c'est l'examen cyto bactériologique des urines qui va préciser qu'il s'agit d'une fécalurie.

- parfois , ce sont des particules alimentaires qui attirent l'attention , et tout a été décrit , depuis la miction de pépins de raisins , jusqu'à la miction d'un os de poulet.

Un des malades de CIBERT , éliminant dans ses urines de petits grains non identifiés que l'examen au microscope a révélé être des akènes de fraises

- enfin , il est des cas où la fécalurie est évidente , les mictions sont faites de selles diarrhéiques. Ces selles s'accumulent-elles dans la vessie qu'elles peuvent entrainer une rétention aigue ou chronique d'urines.

On conçoit que la diarrhée ait été décrite souvent comme un élément révélateur , une fécalurie microscopique en temps courant devient évidente en période diarrhéique , du fait de la fluidité des matières. Le lavement Baryté également a pu être un révélateur, tel le cas de ce malade de CIBERT qui a uriné de la baryte le lendemain de son examen radiologique.

- L'Infection Urinaire

est le troisième signe de cette phase fistuleuse. Elle n'a, certes

pas le caractére évocateur des deux signes précédents , mais elle est toujours présente. C'est une infection urinaire basse , d'origine vésicale , responsable d'une pyurie , de poussées fébriles , parfois d'une cystite vraie avec pollakiurie et brulures mictionelles. Elle est susceptible de se compliquer d'orchi-épididymite aigue (2 cas sur 10 de CIBERT).

Cette infection vésicale est identifiable en endoscopie sous forme de lésions muqueuses inflammatoires , limitées au pourtour immédiat de l'orifice vésical de la fistule , ou diffuses à toute la muqueuse.

Des calculs vésicaux peuvent apparaître dans ce milieu infecté et au contact des particules fécales.

Les anciens auteurs décrivaient la possibilité , après une longue évolution , de petite vessie scléreuse , de pyélonephrite et de retentissement sur la fonction rénale.

Déjà GOUVERNEUR , en 1938 , signale ces faits comme exeptionnels.

Ils ne se voient plus aujourd'hui ; un diagnostic plus précoce , des malades soumis à des cures répétées de sulfamides ou d'antibiotiques , en sont l'explication.

La fistule sigmoïdo vésicale par diverticulite reste avant tout une maladie digestive. La vessie n'est interressée qu'accessoirement, et du fait de la fistulisation de cette maladie digestive; les voies urinaires hautes et la fonction rénale sont toujours strictement normales.

Telles sont les 3 manifestations principales de cette phase fistuleuse. D'autres éléments symptomatiques sont possibles , mais qui passent nettement au second plan :

- 1'Hématurie
Considérée comme rare par tous les auteurs. Elle peut quand elle existe , prendre les aspects les plus variables.

- 1'Issue d'urines par l'anus.
Exeptionnelle , et de toutes façons , fort difficile à diagnostiquer
MAYO et BLUNT la signalent dans un cas.
MAC SHERRY et BEAL dans un seul cas également.

D / L'Evolution.

de cette phase fistuleuse se fait , comme celle de la phase précédente , par poussées associant l'infection vésicale à la pneumaturie ou à la fécalurie.

Et la durée moyenne entre l'apparition des signes de fistulisation et le diagnostic est presque toujours de plusieurs mois , souvent d'un an ; 14 mois pour MAYO et BLUNT , avec un maximum de 8 ans et un minimum de 3 jours.

Le malade supporte le plus souvent fort bien ces poussées infectieuses répétées ; ce sont selon CIBERT , des sujets " périodiquement malades"

2) L'ETUDE DE NOS OBSERVATIONS

Voilà donc le schéma classique de l'évolution d'une fistule colo-vésicale d'origine diverticulaire.

Il est peut-être un peu vain de vouloir toujours calquer la clinique

sur l'anatomie et le risque surtout en est d'arriver à l'équation : fistule colo vésicale = pneumaturie ou fécalurie ; équation qui condamne ces malades à évoluer de consultation en consultation pendant des mois ou des années en attendant que le maître signe apparaisse , et surtout soit mis en évidence.

Nous avons mené l'étude de nos 19 observations en classant nos signes cliniques par ordre de fréquence , en notant leur précocité d'apparition , et en essayant de voir sur quoi pouvait s'appuyer un diagnostic précoce de la maladie. C'est essentiellement des manifestations urinaires que nous allons parler ici.

a/ l'Infection Urinaire

Dans l'ordre de fréquence , c'est là le signe majeur. Nous l'avons retrouvé dans nos 19 cas , soit dans 100% des cas.

- elle s'est parfois traduit par une simple pyurie : le malade avait des urines troubles , et l'examen cyto bactériologique confirmait cette pyurie.

- le plus souvent , elle a eu un traduction clinique: cystite vraie associant pyurie , pollakiurie diurne et nocturne , douleurs pelviennes ou brulures au bout de la verge à la miction.

- dans un cas enfin , la première traduction clinique de cette infection urinaire a été une orchi-épididymite aigue.

- l'intensité de la pyurie est variable mais elle est volontiers massive à l'examen cyto bactériologique : les urines sont alors dans une véritable purée de leucocytes altérés ; l'origine de l'ensemencement explique facilement ce caractère volontiers massif de l'infection.

- cette infection urinaire était toujours , dans nos observations , pluri microbienne et à germes GRAMM -.
Nous ne pensons pas que ceci ait grande valeur diagnostique , étant donné la fréquence , en milieu hospitalier de ces infection.
Les germes les plus souvent en cause étaient le Colibacille et le Protéus , ce qui n'a pas grande valeur d'orientation l'Entérocoque , ce qui en a peut-être plus.

- une symptomatologie générale accompagnait cette infection urinaire; le plus souvent réduite à un petit train fébrile lors des poussées , elle a pris dans les 6 cas sur 19 un caractère sévère : dans ces 6 cas en effet , soit à peu près 1 cas sur 3 , elle a donné lieu à des poussées bactériémiques , avec clochers fébriles à 40° ou plus et frissons , et dans l'un des 6 cas , l'hémoculture a été positive , au colibacille
Nous n'avons observé aucun choc bactériémique , mais c'est probablement du au petit nombre de cas de notre série , et il est probable que la fistule colo vésicale comme les autres infections urologiques , a son lot de chocs à GRAMM - , parfois mortels.

- en dehors de 4 cas où a existé une phase indiscutable de fausse cystite , cette infection urinaire a été constamment présente parmi les premiers signes révélateurs de la maladie.
Certes souvent associée d'emblée à une pneumaturie , elle a néanmoins

précédé cette pneumaturie dans 26 % des cas de plusieurs mois en moyenne (de quelques jours à quatorze mois).

Elle était donc , durant ce laps de temps , le seul témoin de la fistule sigmoïdo vésicale.

Traitée habituellement par des anti infectieux urinaires , elle a montré , dans tous les cas , qu'elle réagit fort bien à un tel traitement.

b / La Pneumaturie

Par ordre de fréquence , c'est le deuxième signe.

Nous l'avons oservé dans 16 cas sur 19 , soit 84,2 % des cas.

Il est à noter que bien souvent , c'est un interrogatoire soigneux , en milieu hospitalier , qui a révélé une pneumaturie passant totalement inaperçue depuis plusieurs mois.

Dans la moitié des cas seulement , cette pneumaturie a ouvert la scène clinique , alors associée d'emblée à une infection urinaire

Ailleurs , elle a été précédée pendant un laps de temps variable , par une infection isolée ou par un syndrome de fausse cystite.

c / La Fécalurie

Troisième signe , beaucoup moins fréquent que les deux autres puisque nous l'avons observé dans 11 cas sur 19 , soit 57,9 % des cas.

- dans 4 de nos 11 cas (soit 1/3 des cas) , il s'agissait d'une fécalurie massive. Et deux fois , la conséquence en a été une rétention aigue (malade de l'obs. n° 5) qui a amené à sonder le malade et à découvrir au sondage une fécalurie. Dans l'autre cas (malade de l'obs. N° 13) il s'agissait d'une rétention vésicale chronique avec miction par regorgement.

- les 7 autres malades fécaluriques se présentaient avec des urines troubles , brunâtres , contenant des dépots , et c'est l'examen microscopique qui a fait le diagnostic.

d / Une hématurie.

a été présente dans 3 cas (16 %).

Chez le malade de l'obs. n° 2 , ce sont des traînées de sang teintant les urines infectées , chez un pneumaturique.

Chez le malade de l'obs. n° 12 , c'est une hématurie importante et totale qui ouvre le tableau clinique. Enfin , dans le dernier cas (obs. N° 15) une hématurie terminale est constatée par le malade pendant plusieures mictions précédant l'apparition de la pneumaturie

e / La fausse Cystite.

Nous l'avons ovservée 3 fois dans la forme typique, telle que la décrit GOUVERNEUR.

Une autre fois, le malade souffrait depuis 1 an ½ de tenesme vésicale au cours de crises de sigmoïdité, ses urines étant toujours claires, et il nous semble pouvoir rattacher cette sympto-

matologie à la fausse cystite qui traduit l'adhérence intime du sigmoïde à la vessie.

3 / QUE PEUT-ON CONCLURE ?

de cette analyse des symptomes , tels que nous les avons observé dans nos observations ?

a) que la fausse cystite , dite préfistuleuse , est très peu fréquente (1 cas sur 5 dans nos observations).

Elle seule , à notre sens , caractérise ce stade d'adhérence intime entre le sigmoïde ou l'abcès périsigmoïdien et la vessie, sans qu'il existe encore de communication entéro vésicale.

b) que la signature du moment de la fistulisation est encore plus rare : 3 cas seulement sur nos 19 observations.

Dans 2de ces 3 cas, c'est une hématurie qui annonce l'apparition imminent de la pneumaturie ou de l'infection urinaire.

Dans le troisième (malade de l'obs. n°1) c'est le tableau d'un abcès pelvien qui se draine en quelques jours dans la vessie.

c) que la majorité des malades sont vus avec un fistule anatomiquement affective même si elle n'est pas encore cliniquement évidente.

Pneumaturie et fécalurie vont en effet dépendre du débit de la fistule ; chez certains sujets , à vrai dire peu nombreux , elles n'apparaîtront jamais ; chez d'autres , elles apparaîtront avec retard (5 de nos 19 observations), précédées par une infection urinaire tenace qui nous semble être le témoin , à elle seule , d'une fistule constituée:

- comme nous l'avons constaté opératoirement chez le malade de l'obs. n° 8.
- ou endoscopiquement chez le malade de l'obs. n°18 devant ce faux polype vésical , disparaissant d'une cytoscopie à l'autre, et qui nous semble n'être rien d'autre que l'orifice fistuleux et son pourtour inflammatoire.

- comme il nous semble logique de le penser chez le malade de l'obs. N° 12 où l'hématurie abondante qui ouvre le tableau clinique semble être la traduction de la fistulisation colo vésicale.

Dès lors , 4 signes doivent amener le diagnostic de fistule colo vésical :

- Pneumaturie et fécalurie , qui évoquent immédiatement le diagnostic , mais n'en mesurent pas forcément la précocité.

- Une symptomatologie mictionelle à urines claires , qui doit évoquer également le diagnostic. Il ne faut pas compter , pour le faire , sur la mise en évidence d'un trajet fistuleux , qui n'existe pas encore.

- Une infection vésicale recidivante , qui en soi n'évoque rien , mais qui peut être la clef d'un diagnostic très précoce de l'affection , à condition qu'on sache y penser systématiquement , et en rechercher les éléments de diagnostic.

LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

Quels sont les éléments qui , devant un tel tableau clinique vont permettre de confirmer le diagnostic ?

Ils sont de 3 ordres :

- les données de l'interrogatoire
- l'examen clinique
- les examens complémentaires , biologiques , radiologiques et endoscopiques.

Tous visent à affirmer la maladie diverticulaire , et si possible à mettre en évidence la fistule.

Dans bon nombre de cas enfin , un quatrième élément viendra apporter la confirmation ultime au diagnostic :

- les constations anatomiques per-opératoires que nous envisageons au chapître suivant.

Nous allons pour l'instant , traiter les trois premiers éléments du diagnostic , voyant ce que chacun peut apporter pour reprendre ensuite l'ensemble et voir comment se pose , en pratique , le diagnostic.

1 / Les données de l'Intrrogatoire.

Il vise à retrouver une symptomatologie colique antérieure ou contemporaine des troubles urinaires.

a) Eliminons rapidement l'anamnèse

que nous avons déjà vue en rappelant :

- que chez un malade sur 4 , on retrouve des troubles coliques antérieurs , rectorragiques , troubles du transit , au maximum poussées subocclusives qui n'ont jamais été étiquetées.

_ qu'un malade sur 5 seulement est un diverticulaire connu.

- mais qu'il reste plus d'un malade sur 2 aux antécédents coliques vierges.

b) Les troubles digestifs contemporains de l'épisode urinaire

- 2 fois , ils étaient évocateurs : en effet , dans ces deux cas les troubles urinaires sont survenus en cours de poussée de sigmoïdité. Chez un de ces malades (obs. n° 16), la diverticulite était déjà connue antérieurement. Chez l'autre , (obs. n° 19) les troubles étaient révélateurs.

- 5 fois , c'étaient des troubles d'allure plus banale :
  - troubles du transit à type de diarrhée ou de constipation dans trois cas.
  - douleurs de la fosse iliaque gauche dans 2 cas.

Bien que peu évocateur , ces troubles doivent quand même amener la recherche d'une étiologie digestive aux troubles urinaires présentés par le malade.

- reste néanmoins 12 cas où la symptomatologie urinaire était absolument isolée.

c) Ainsi , les données de l'interrogatoire

du malade peuvent être d'un certaine aide dans l'établissement du diagnostic , apportant ici un argument considérable parce que la diverticulose est connue ou évidente , ailleurs un argument modeste parce que l'existence des troubles digestifs anciens , ou actuels retient l'attention.

Ces deux éventualités regroupent les deux tiers de nos malades

Il reste donc un malade sur 3 chez qui la symptomatologie urinaire est révelatrice de la maladie et totalement isolée.

Ce chiffre nous parait considérable.

N'y a t-il pas eu là une insuffisance dans la surveillance médicale de ces malades ?

Le lavement Baryté n'est-il pas un examen à pratiquer plus souvent devant des troubles digestifs habituellement traités de façon purement symptomatique et sans diagnostic précis ?

2 / L'Examen clinique.

Si l'ensemble des auteurs le passent relativement sous silence certains lui reconnaissent de la valeur dans la mesure où il peut aider au diagnostic de sigmoïdité.

MAYFIELD et WAUGH signalent la perception fréquente par le toucher rectal associé au palper abdominal d'une masse pelvienne péri sigmoïdienne.

CIBERT insiste sur la valeur de cette découverte d'examen et souligne l'intéret de la pratique sous anesthésie générale ; juste avant la cystoscopie.

Dans nos observations , nous avons constaté :

- 2 fois , l'existence d'un sigmoïde sensible à la palpation dans la fosse iliaque gauche.

- 2 fois , au toucher rectal une infiltration vésicale , nettement au dessus de la prostate.

- 1 fois , chez le malade de l'observation N° 19 , un véritable blindage de petit bassin.

Ceci sans parler de la malade de l'observation N° 6 où existait un clapier polyfistuleux , révèlant à l'évidence une sigmoïdité très évoluée avec plusieurs fistules pyostercorales.

Nous n'avons jamais pratiqué l'examen sous anesthésie générale

comme le conseille CIBERT.

L'examen clinique n'apparait pas en soi comme un élément essentiel du diagnostic , car il n'apportera le plus souvent pas grand chose. Ce serait néanmoins un tort de le négliger ; dans certains cas, il va révéler la maladie sigmoïdienne en permettant de palper la masse inflammatoire ; dans tous les cas, il est capital au diagnostic différentiel, permettant d'apprécier l'état de la prostate, d'éliminer une tumeur rectale, de rechercher les métastases hépatiques ou sus claviculaire d'un cancer du sigmoïde ; c'est lui qui, en outre, permet en grande part, de juger du terrain et des possibilités thérapeutiques.

2 / Les Epreuves colorées

Nous en disons juste un mot après l'examen clinique ; en effet, ce type d'épreuve ne réclame aucune instrumentation particulière et, est de réalisation très simple.

Du bleu de méthylène injecté dans la vessie et retrouvé par rectoscopie ou à l'examen simple de selles confirme de façon fort simple l'existence d'une communication entéro-vésicale.

Certains auteurs semblent très attachés à cette technique.

4 / Les Examens Biologiques

N'ont rien montré de très particulier chez nos malades, hormis une hyperleucocytose fréquente, à polynucléaires neutrophiles, banale chez ces sujets infectés.

L'urée sanguine était normale dans tous les cas.

Rappelons qu'une seule malade était diabétique.

5 / L'Urographie intra veineuse.

Est évidemment le premier examen Radiologique que l'on doit faire chez ces malades se présentant avec des symptômes urinaires.

Elle n'apportera, en fait, le plus souvent pas grand chose.

Les auteurs la signalent comme habituellement normale, hormis parfois une empreinte sigmoïdienne sur le dôme vésical.

Dans une observation très particulière de CIBERT, l'accumulation de matières dans la vessie entrainait une rétention chronique d'urines avec dilatation des voies hautes. Seule une évolution très longue avait pu amener un tel tableau historique.

L'Urographie intra veineuse n'a été faite, dans nos observations que 13 fois sur 19 malades.

Elle n'a jamais montré de retentissement sur le haut-appareil urinaire sauf dans un cas, le malade de l'observation n° 5 chez qui existait urétéro hydro héphnose gauche, mais liée en fait à une cause absolument étrangère à sa sigmoïdité.

Elle a apporté des arguments au diagnostic dans 4 cas, soit 30,5 % des urographies effectuées :

- 2 fois, une empreinte sur la vessie ; la malade de l'observation n°1 , ou la vessie est franchement refoulée à droite par un volumineux abcès inter colo vésical. La malade de l'observation n° 8 , où existe une empreinte irrégulière, grignotée, mais très nette sur le dôme vésical.
- 2 fois une pneumocystographie spontanée ; c'est lé premier cliché, sans préparation de l'urographie qui visualise cette vessie pleine de gaz radio transparents.

Ce signe est pathognomonique de la communication entéro - vésicale : il a la valeur qu'a, cliniquement, la pneumaturie.

En dehors de quelques cas privilégiés, l'urographie est donc d'un très faible appoint au diagnostic. On ne saurait néanmoins s'en passer dans le débrouillage d'un problème urologique.

Elle a, en effet, l'intérêt majeur d'éliminer une lésion urologique susceptible d'expliquer par elle même les troubles présentés par le malade.

6 / La Cystographie rétrograde

est très controversée.

Certains auteurs, tel CIBERT, la jugent superflue.

D'autres en attendent beaucoup.

Selon BARNES et HILL, elle montre une opacification de la

fistule à contre courant dans 20 % des cas.

Ailleurs, elle montre très souvent une empreinte du sigmoïde pseudo tumoral ou de l'abcès péri colique sur la face postérieure ou le dôme vésical.

BORS et KUDISH ont eu un résultat positif de cet examen dans 3 cas sur 6.

STEG, au congrès récent a présenté la cystographie rétrograde comme l'examen de choix après le lavement Baryté, visualisant parfois la fistule, mais sutout montrant la compression vésicale par la maladie digestive. C'est evidemment aux cliches de profil ou de 3/4 de cet examen qu'il faut s'attacher. C'est eux qui donneront tous les renseignements.

Nous n'avons, quant à nous, aucune expérience de cet examen.

7 / Mais c'est le Lavement Baryté qui reste, aux yeux de tous le principal élément du diagnostic

Il va montrer :

- la maladie diverticulaire dans la grande majorité des cas, et ses aspects les plus divers.
  Dans 17 cas sur 22 pour HUGUES
  Dans 88 % des cas pour MAYO et BLUNT
  Dans tous les cas de CIBERT

- la fistule colo vésicale beaucoup moins souvent:
  20 % des cas pour MAYO et BLUNT
  6 % pour BARNES et HILL
  1 cas sur 3 pour HARLIN et HAMM

Nous l'avons pratiqué dans tous les cas ; dans tous les cas il était anormal.

a) Sur la technique de l'examen, nous n'avons pu déduire grand chose de particulier : une fois seulement, l'examen fut pratiqué à la diodome toutes les autres fois à la baryte.

La diodome plus fluide, est peut-être à conseiller dans la mesure où elle a plus de chances de visualiser la fistule. Nous ne pouvons en conclure sur notre cas isolé.

Une seule fois fut pratiqué une insuflation colique ; elle fut dans le cas présent d'un grand intérêt , on le reverra.

Mais on ne saurait conseiller la pratique habituelle de cet artifice technique qui est généralement proscrit dans les lavements Barytés pour sigmoïdités du fait des risques de perforations.

Le point technique qui nous a paru le plus essentiel, c'est la multiplication des clichés, pour bien dégager l'anse sigmoïdienne, et c'est en suivant la progression du lavement **sous** amplificateur de brillance que ceci est le plus possible ; les clichés en profil strict de petit bassin ou en légère oblique nous ont parus les plus interessants ; c'est sur eux habituellement que l'on peut voir les images de fistulisation.

B) Dans 6 cas sur 19, soit à peu près 1/3 des cas, le lavement Baryté affirme la fistule sigmoïdo vésicale, montrant :

- soit un trajet fistuleux
- soit une opacification vésicale
- soit les deux.

Dans l'observation N° 3, il montre sur le cliché de profil une opacification vésicale, juste en arrière et au dessus de la symphyse pubienne, image indépendante du sigmoïde et sans trajet intermédiaire visible entre les deux organes.

Dans l'observation N° 4 (cliché n° 2), l'on voit sur le cliché de profil l'anse sigmoïdienne qui retombe sur la vessie opacifiée. Entre les deux organes, une sorte de flaque de liquide opaque, correspondant probablement à une cavité abcédée qui marque son empreinte sur la calotte vésicale.

Dans l'observation N° 5, et toujours sur le cliché de profil, on voit très nettement le trajet fistuleux et une opacification vésicale complète. (cliché n° 3).

Dans l'observation N° 15, fut pratiquée une insuflation colique Sur le cliché en oblique du petit bassin pratiqué après cette insuflation, on a la surprise de constater une cystographie gazeuse (cliché n° 4).

Dans l'observation N° 18, on voit très nettement, sur un cliché oblique, l'image du diverticule responsable, puis un discret trajet fistuleux, et, enfin un passage de liquide opaque dans la vessie. (cliché n°5).

Enfin dans l'observation N° 19, on observait qu'un seul signe discret, mais néanmoins certain : unepetite spicule constante au bord antérieure du sigmoïde sur le cliché de profil, traduisant l'ébauche du trajet fistuleux.

C) Dans un cas sur 3 le lavement Baryté prouve la fistule colo vésicale, mais dans tous les cas, il montre la maladie colique.

- 8 fois, l'aspect était celui d'une diverticulose simple ; le lavement Baryté montrait de nombreux diverticules, le plus souvent sigmoïdiens, parfois plus étendus vers l'angle gauche.

- 2 fois existaient de nombreux diverticules, mais en outre un aspect de colite spasmodique, en piles d'assiettes ou en accordéon.

- 7 fois ,enfin, l'aspect était celui d'une sigmoïdité ou du moins d'une diverticulite, le colon sigmoïde apparaissant très irrégulier par mauvais remplissage, parsemé de spicules multiples des diverticules obturés par l'inflammation de leur collet ; quelques diverticules étaient bien visibles, mais beaucoup moins nombreux que dans les cas précédents.

Parmi ces 7 cas :

- il en est 5 où existait une sténose sigmoïdienne longue, centrée, régulière, sans aspects de bouffant de culotte de golf, et donc, évoquant irrésistiblement son origine diverticulaire.

- il en est 1 visualisant une fistule colo iléale, avec distention du grêle d'amont.

Donc 17 fois, ce lavement Baryté révèle des aspects variés de la maladie diverticulaire.

- 2 fois il a montré des images douteuses : dans un cas, une sténose incomplète où il était difficile de dire radiologiquement que ce n'était pas une image de cancer, d'autant que

n'exiz

n'existait aucun divertivule adjacent.

Une autre fois, une sténose complète et, qui, malgré l'existence de nombreux diverticules sous adjacents restait particulièrement impressionante.

D) En conclusion, dans nos 19 observations, jamais le lavement Baryté n'a laissé de doutes quant à l'origine sigmoïdienne de la fistule.

17 fois sur 19, soit 90 % des cas, il a affirmé l'étiologie diverticulaire de cette fistule, enfin, une fois sur 3, il a montré la fistule elle-même.

Nous réjoignons ici cé que nous avons lu dans la littérature : c'est là l'examen de choix dans le diagnostic des fistules sigmoïdo vésicales d'origçne diverticulaire.

8) LA CYSTOSCOPIE

Son intérêt est apprécié de façon très variable selon les auteurs:

- faible pour COUVELAIRE et STEG qui lui préfèrent la cystographie rétrograde.
- ou pour CIBERT qui lui préfère les notions de l'examen clinique et du lavement Baryté.
- considérable pour la majorité des auteurs américains : MAYFIELD et WAUGH ont vu l'orifice fistuleux 12 fois sur 25 cystoscopies.

BORS et KUDISN 4 fois sur 6
MAYO et MILLER 13 fois sur 30.
Selon HARLIN et HANN, si l'orifice n'est vu que dans moins de 40 % des cas, la cystoscopie apporte dans presque tous les cas des éléments importants au diagnostic.

C'est donc pour ces auteurs un examen de choix.

La cystoscopie peut affirmer la fistule en la visualisant, ou au contraire, ne montrer que des signes indirects de la communication colo vésicale.

La cystite est le principal signe indirect. Cette inflammation vésicale peut être diffuse à toute la muqueuse. Mais le plus

souvent, elle est focalisée à la partie haute de la face postérieure de la vessie, loin du trigone, et souvent à gauche de la ligne médiane.

Cette cystite localisée, et surtout sa topographie doivent faire évoquer le diagnostic de fistule colo vésicale, et rechercher minutieusement au sein de cette zone d'oedème et d'inflammation vésicale, un petit **pertuis**, trahi parfois par l'issue d'une bulle d'air ou d'une particule fécale. La pression sur l'hypogaste au cours de l'examen peut provoquer cette issue de gaz coliques et donner ainsi la preuve du diagnostic.

EWELL souligne la possibilité, parfois, de cathétériser cet orifice.

DOSSOGNE a pu de cette manière réaliser, dans un cas une fistulographie, à vrai dire, dans une fistule sigmoïdo vésicale d'origine néoplasique.

Tels sont les principaux signes que l'on peut retrouver lors de l'endoscopie ; ce ne sont pas les seuls. L'aspect peut être celui d'une compression extrinsèque par la masse sigmoïdienne.

Ailleurs, c'est un aspect trompeur, pseudo tumoral de la paroi vésicale, par oedème bulleux de la zone de cystite localisée : HUGUES et CIBERT en décrivent chacun un cas.

Le milieu vésical doit être également apprécié, souvent très trouble et gênant considérablement l'examen, parfois franchement fécaloide, confirmant alors la fécalurie, mais empêchant de rien voir d'autre.

Nos observations ne nous ont pas confirmé l'optimisme des auteurs anglo saxons quant à la cystoscopie.

Elle n'a été pratiquée que 9 fois sur 19 cas, ce qui souligne le peu d'intérêt qui lui a été porté en général.

Dans 4 cas, elle n'a rien apporté de probant au diagnostic puisque 2 fois, des urines extrèmement sales et épaisses ont empéché de rien voir, et 2 autres fois, elle a montré une cystite diffuse.

Dans les 2 cas, elle a même risqué d'égarer le diagnostic, montrant un aspect pseudo tumoral de la zone **oedèmatiée** péri orificielle

Il s'agit du malade de l'observation N° 9, où l'on a vu un petit bourgeon en dedans et au dessus de l'orifice urétéral gauche, et de l'observation N° 18 où l'opérateur a vu au cours d'une première cystoscopie ce qu'il a considéré comme un " petit polype " ; une

deuxième cystoscopie, quelques mois plus tard, n'a rien retrouvé.

Sur ces 9 cystoscopies, il n'en reste donc que 3 où l'on a découvert un élément positif quant au diagnostic.

Deux fois, il s'agissait d'une zone de cystite localisée, **ecchymotique** dans un cas, toujours haut situé, près de la bulle d'air, sur la calotte, et à gauche de la ligne médiane. (obs. n°4 et 8).

Dans la troisième observation, la cystoscopie apportait la preuve du diagnostic, visualisant l'orifice fistuleux au sein d'une cystite diffuse. Sa topographie était celle décrite plus haut.

C'est le seule de nos observations où l'orifice fistuleux ait été vu en endoscopie.

Notre expérience de la cystoscopie dans les fistulescolo vésicales nous laisse donc bien réservé quant à l'intérêt qu'il faut lui accorder. Elle peut apporter certes des éléments d'intérêt majeur mais dans un pourcentage de cas très faible.

Que faut-il conclure de toutes ces données contradictoires ?

C'est un examen de grande valeur, si l'on en croit nombre d'auteurs, mais qui est de réalisation et d'interprétation particulièrement délicates dans le cadre des fistules colo vésicales d'origine diverticulaire. Les éléments interessants sont très difficile à voir, d'aspect souvent trompeur, dans une région d'accès difficile.

La valeur réelle de l'examen tient donc un peu à la technique de l'opérateur. Pratiquée par un Urologue entrainé elle pourra apporter le maximum de renseignements dans le maximum de cas. **En outre, l'examen n'est pas dénué de risques**, infectieux en particulier, qui rendent bien des Urologues réticents quant à ses indications.

C'est de l'analyse de ces divers éléments et du besoin réel que l'on a d'une endoscopie après avoir vu les clichés du lavement Baryté et éventuellement de la cystographie rétrograde, que naitront les indications de la cystoscopie.

9) <u>LA RECTO SIGMOIDOSCOPIE</u>

A été faite 4 fois dans nos observations ; les 4 fois, elle n'a rien montré. Et c'est là, à notre sens, son intérêt majeur.

L'examen doit être en effet demandé quand il existe un doute quant à la nature de la lésion digestive responsable, ou quant à la possibilité d'une association pathologique. Tous les auteurs signalent la possibilité d'association diverticules-cancer, dans 2 % des cas selon EDELMANN, ou d'associations diverticules-, -lésions précancéreuse, telle une tumeur villeuse ou un polype colique. Les rectorragies représentent le signe plus que tout autre, qui doit évoquer cette association. La recto sigmoïdoscopie est alors très certainement indiqué ; mais est-elle suffisante ?

Un de nos malades, le malade de l'observation N° 8, se plaignait de rectorragies. La rectoscopie est restée négative alors que la de ressection colique a révélé l'existence d'une polypose colique, dont un polype dégénéré.

Que penser de la coloscopie au fibroscope, chez de tels malades ? La rétraction importante de méso sigmoïde, et partant, la coudure rigide du colon lui-même, rendent souvent impossible, et parfois même dangereuse la progression de l'appareil.

Ceci enlève beaucoup d'intérêt à cet examen pratiqué en pré opératoire . Il n'en est pas de même de la coloscopie per-opératoire, dont nous reparlerons.

10) Tels sont les éléments du Diagnostic.

Comment en pratique, ce diagnostic va-t-il se poser ?

Tous ces sujets consultent pour des troubles urinaires. Quelques uns sont des diverticulaires connus. Chez ceux là, ce serait une erreur que de ne pas poser le diagnostic. La plupart n'a pas d'antécédents, ou alors rien de bien net. Il va falloir savoir évoquer une origine colique à leurs troubles urinaires.

Schématiquement, 2 éventualités sont possibles :

a) C'est un malade pneumaturique ou fécalurique.

La fistule entéro vésicale est certaine ; le problème est de mettre en évidence la lésion digestive responsable. Par ordre de fréquence, c'est au sigmoïde qu'il faut penser en premier.

Le lavement Baryté est le premier examen à demander. Il montre la maladie diverticulaire et fait du même coup le diagnostic.

b) C'est un infecté urinaire sans pneumaturie ni fécalurie.

Encore faut-il être sur de l'absence réelle de ces deux signes , on a vu la difficulté, parfois,à les mettre en évidence. Tout examen d'un malade urologique doit comporter leur recherche.

Cet infecté urinaire traine parfois **depuis un certain temps de consultations en** consultation, soumis à des thérapeutiques anti infectieuses répétées et efficaces à court terme. Et pourtant, le diagnostic est, à notre sens, facile chez lui si l'on respecte des règles simples :

- tout infecté chez qui l'examen clinique et l'urographie intra veineuse ne montrent aucune lésion de l'arbre urinaire susceptible d'expliquer cette infection, doit être exploré sur le plan digestif et le premier examen à faire dans ces cas est un lavement Baryté. Ce lavement Baryté va montrer la maladie diverticulaire. Dans un cas sur 3, on aura la chance de voir la fistule ou une opacification vésicale, et le diagnostic ne fera plus aucun doute ; mais même dans les deux autres cas, il nous semble que l'on peut conclure sans réticence que cet infecté urinaire, libre de toutes lésions urologiques, chez qui le lavement Baryté montre une maladie diverticulaire, est porteur d'une fistule sigmoïdo vésicale d'origine diverticulaire.

On sera ainsi amené à faire à un stade précoce le diagnostic de cette complication de la sigmoïdité, et à éviter au malade une évolution longue, désagréable, voire même dangereuse, dans l'attente de la pneumaturie révélatrice.

- mais, chez ce sujet qui consulte pour une pyurie récidivante, il arrive que l'examen clinique ou l'urographie intra veineuse mette en évidence une liaison de l'arbre urinaire susceptible d'expliquer cette infection.

Le problème diagnostic se **com**plique alors, et c'est là qu'il faut prêter attention à l'existence d'une symptomatologie colique associée, qu'il faut s'etonner devant une zone de cystite localisée en endoscopie.

Pense-t-on à faire un lavement Baryté, ou a-t-on connaissance de la maladie diverticulaire, qu'il faut encore prouver que c'est elle la responsable. La recherche soigneuse d'un orifice en endoscopie, la cystographie., le lavement Baryté à la diodone, les épreuves colorées, prennent ici tout leur intérêt, cherchant à prouver la fistule, ou à la visualiser.

Ce sont ces malades qui sont volontiers condamnés à attendre avant qu'un signe évident vienne affirmer le diagnostic, à moins qu'une indication opératoire érronée ait été posée entre temps, qui amène à découvrir opératoirement cette masse sigmoïdienne qui vient coller à la vessie et s'y est fistulisée.

c) Reste un problème particulier, qui ne se pose que dans un petit nombre de cas

Le diagnostic de fistule sigmoïdo vésicale est fait, mais le doute persiste quant à sa nature diverticulaire ou néoplasique, où l'on craint une association pathologique :

- le lavement Baryté, on l'a vu, ne tranche pas toujours
- la recto sigmoïdoscopie ne permet pas toujours de monter jusqu'au niveau de la lésion et la coloscopie pré opératoire n'est pas toujours possible.
- dans certains cas, seule l'exploration opératoire apportera le diagnostic, soit du fait d'une coloscopie pré opératoire, soit, comme le conseillent HENRI et EDELMANN du fait d'une colotomie in situ : la constatation d'une muqueuse saine affirme de façon certaine la sigmoïdité.

d) Mais tout ceci ne doit pas faire oublier la simplicité habituelle que revêt le diagnostic.

C'est un infecté urinaire, pneumaturique ou non, fécalurique ou non, chez qui aucune lésion urologique n'est décelée par l'urographie, et chez qui par contre le lavement Baryté affirme la maladie diverticulaire du sigmoïde.

LES CONSTATATIONS ANATOMIQUES.

La diverticulose colique est considérée comme une conséquence de la stase colique, responsable de diverticules de pulsion. L'aggression d'un de ces diverticules, en particulier par une particule fécale qui s'y enclave va entrainer une minime ulcération muqueuse. Dès lors, apparait la diverticulite, avec tous les intermédiaires que l'on sait entre la diverticulite catarrhale et le pyo diverticule exclu.

A partir de cette infection diverticulaire, l'inflammation de proche en proche des tuniques coliques et de son méso aboutissant à la sigmoïdité et à la périsigmoïdité, avec sa rétraction scléro lipomateuse, ses barrières d'adhérences au sein desquelles peuvent se collecter des suppurations pelviennes.

" Le point de départ de l'inflammation est le diverticule - l'évolution des lésions est exentrique "
(HENRI et EDELMANN).

Ici, c'est une diverticulite aigue, avec pyo diverticule, et, cet abcès diverticulaire, qui est venu coller à la vessie va s'y ouvrir, faisant communiquer directement les 2 organes.

Ailleurs, au sein d'un petit bassin bloqué d'adhérences s'est collecté un abcès inter colo vésical, c'est cet abcès qui se rompt dans la vessie. La communication se fait alors par l'intermédiaire d'un trajet plus ou moins tortueux, avec une cavité d'abcès interposée.

Ainsi s'expliquent les variétés anatomiques que l'on découvre opératoirement, et que l'on va décrire sous 4 rubriques successives :

- l'état du petit bassin
- le type de la fistule
- les lésions vésicales

- les lésions sigmoïdiennes.

Ici encore, nous nous aiderons de la littérature, et de nos observations, tout du moins des seules 16 observations pour lesquelles nous avons pu réunir des éléments anatomiques précis.

1 /. Le Pelvis.

Se présente classiquement sous 2 aspects différents :

- parfois libre
- parfois barré d'adhérences qui peuvent être jeunes, faciles à cliver, ou vieilles, scléreuses et de dissection fort délicate.

En ce qui concerne nos 16 observations utilisables, 9 fois, soit dans 56 % des cas, le petit bassin était libre.

Les 7 autres fois, soit 44.% des cas, existait une importante péritonite plastique pelvienne , de dissection toujours difficile.

Une fois même, le bloquage du petit bassin était tel que l'opérateur à du battre en retraite.

2 /. Le Type de la Fistule.

Deux types principaux ont été décrits par GOUVERNEUR et repris depuis par tous les auteurs :

- l'accolement simple des 2 organes, cas de loin le plus fréquent.
- la fistule avec trajet intermédiaire plus ou moins tortueux et anfracteux, avec parfois une grosse poche d'abcès interposé.

Il est certain que ce chapître est indissociable du

du précedent :
si le premier type de fistule peut se rencontrer dans des petits bassins libres aussi bien que bloqués, le 2ème type correspond toujours à un magma d'adhérences importantes sur lesquelles descendent s'accoler des anses grêles et le grand épiploon.

Nous avons constate chez nos malades un accolement simple 11 fois sur 16. La séparation des 2 organes a toujours été extrèmement simple : le clivage amorcé aux ciseaux, le doigt s'insinue ensuite sans aucune difficulté. Une seule fois l'accolement était très dense, et l'opérateur a décidé une ouverture première de vessie et une cystectomie partielle par voie endo vésicale, mobilisant en bloc sigmoïde et zone vésicale accolée. L'extention importante des lésions inflammatoires endo vésicales vers le bas, jusq'au trigone, l'a amené à sacrifier l'orifice urétéral gauche et à faire une réimplantation. Les suites ont été excellentes mais le geste nous parait néanmoins excessif.

Dans ces cas, d'adhérences très sérrées, il faut tailler franchement au bistouri entre les 2 organes, quitte à blesser le colon. L'ouverture vésicale première ne nous semble pas à recommander, d'autant qu'une resection vésicale ne présente aucun intérêt dans ces lésions bénignes.

5 fois existait un trajet intermédiaire, et chez 4 malades, sur ce trajet, une poche d'abcès interposée entre le sigmoïde et vessie.

La répartition de nos malades confirme donc les notions classiques sur la fréquence des 2 types de fistules : plus de 2/3 d'accolements simples , moins d'1/3 de fistules complexes.

CIBERT signale un 3ème type de fistule. C'est une longue frange épiploïque, contenant un long diverticule, qui chemine, comme un appendice, dans un pelvis libre, et vient par sa pointe s'ouvrir dans la vessie.

Il a trouvé ce type de fistule 2 fois sur 10, et, c'est

dans ces cas qu'il conseille la resection simple de la frange; nous ne l'avons jamais rencontré.

3 /. Les Lésions Vésicales.

L'orifice fistuleux, sur la vessie, est toujours très haut sur la face postérieure, parfois franchement sur le dôme

Il est souvent un peu à gauche de la ligne médiane.

Les auteurs le signalent toujours très à distance du trigône et des orifices urétéraux qui ne courent donc aucun risque opératoire.

Selon ABESHOUSE existe cependant un mode de formation de la fistule, à vrai dire exeptionnel, où les uretères terminaux sont menacés. L'abcès diverticulaire **fuse** alors dans le méso sigmoïde, puis en sous péritonéal pour aller s'ouvrir dans la région trigonale de la vessie. Il est le seul à signaler cette particularité topographique, nous n'en avons relevé aucun autre cas dans la littérature.

L'orifice vésical est petit, de la taille d'un petit pois ou d'une lentille, voire même punctiforme, à tel point qu'il n'est pas rare qu'il ne soit pas vu opératoirement.

Les lésions vésicales sont dans la majorité des cas très réduites, la vessie est épaissie au pourtour de l'orifice fistuleux par un oedème inflammatoire péri orificiel.

Le contenu vésical est septique, fécaloïde, parfois existent des calculs vésicaux.

La vessie n'a été exposée opératoirement que chez 14 de nos malades, l'orifice a été vu 12 fois, ailleurs existait une zone **cruentée** et dépéritonisée.

Toujours punctiforme, son siège exact n'est précisé que 6 fois : 3 fois sur le dôme vésical,

3 fois plus bas, sur la face postérieure de la vessie, dont une fois très bas, près du fond de Douglas.

Sur ces 6 cas, 2 femmes, et chez ces 2 femmes, la fistule intéressait le dôme vésical. Il semble d'ailleurs

logique de penser que, si l'utérus n'interdit pas au sigmoïde de venir s'accoler à la vessie, il lui interdit, par contre, l'accès à la face postérieure.

Chez la femme non hystérectomisée, la fistule est donc toujours très haute, franchement sur le dôme vésical.

4 /. Les Lésions Coliques.

Dans certains cas, le colon est d'aspect normal, hormis la zone péri orificulle immédiate. C'est alors l'inflammation d'un seul diverticule qui est à l'origine de la fistule.

A l'opposé, on découvre une forme tumorale aigue de sigmoïdité.

Tous les intermédiaires sont possibles entre ces 2 aspects.

L'orifice colique de la fistule siège sur le bord anti mésentérique du colon. Il est habituellement minime, mais plus gros que l'orifice vésical.

Un fait a été longuement souligné par HENRI et EDELMANN dans leur rapport : la muqueuse colique est strictement normale. C'est une caractéristique majeure de la maladie diverticulaire, à l'ouverture de la pièce, on peut, au vu de la muqueuse, savoir avec certitude, s'il s'agit d'une sigmoïdité ou d'un cancer.

Nos observations nous ont révélé des lésions de sigmoïdité intéressant le sommet de l'anse ou le bas sigmoïde, toujours limitées à quelques centimètres, au plus 5 à 6 cm.

Une fois même, des lésions limitées au pourtour immédiat de la fistule ont amené à tenter une simple resection en collerette.

Une seule exeption à cette règle, où les lésions de sigmoïdité s'étendaient sur plus de 1o cm.

Si les lésions inflammatoires sont habituellement limitées, l'extension de la diverticulose est, par contre, toujours beaucoup plus importante, mais elle n' a guère sa place ici, car beaucoup mieux précisée par le lavement Baryté que par

l'exploration per opératoire.

Le méso sigmoïde est toujours épais, rétracté, attirant l'uretère gauche, et si l'on veut décoller la racine secondaire au cours de la colectomie, il faut savoir que c'est à ce niveau que l'uretère court le risque majeur et doit être repéré.

Telles sont les lésions anatomiques des fistules sigmoïdo vésicales de la maladie diverticulaire - on ne peut néanmoins clore ce chapître sans parler de 2 problèmes particuliers :

1°) Les lésions associées dues à la sigmoïdité.

- Ce sont déjà les abcès inter colo vésicaux dont nous avons parlé plus haut, puisque, de leur fait, la maladie est transformée : il ne s'agit plus de fistule colo vésicale simple, mais de suppuration pelvienne avec communication colo vésicale.

- Ce sont aussi les autres types de suppurations pelviennes : un de nos malades présentait un gros abcès rétro rectal, avec une perforation sigmoïdienne.

- Les fistules multiples, interessant le grêle, la paroi abdominale, le caecum, le vagin. Elles seraient très rares selon tous les auteurs.

Nous en avons néanmoins observé 2 cas sur 19.

- Les sténoses sigmoïdiennes surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'un retentissement clinique sous forme d'un syndrôme subocclusif.

Toutes ces lésions associées nous paraissent d'une grande importance. Elles conditionnent pour une grande part la gravité de la maladie, et vont jouer un rôle majeur lors de l'indication thérapeutique.

2°) Les lésions associées non dues à la sigmoïdité.

On pense essentiellement au cancer.

Selon HENRI et EDELMANN, l'association se verrait dans moins de 2 % des cas de diverticulite.

T R A I T E M E N T

Avant de discuter des indications thérapeutiques, nous allons envisager les différents techniques chirurgicales applicables à ces malades en discutant à chaque fois du but recherché par telle ou telle technique, de ses diverses modalités d'application, du résultat que l'on peut en attendre.

Nous serons amené ensuite à répondre aux 2 questions qui se posent lors de l'indication thérapeutique :

- Faut-il opérer systématiquement ces malades ?
- Si on les opère, que faut-il leur faire?

Le tableau N° 1 résume l'attitude thérapeutique adoptée dans nos 19 observations.

L E S T E C H N I Q U E S.

Certains visent à pallier aux conséquences de la fistulisation digestive dans un abcès inter colo vésical ou dans la vessie, par un geste simple, non aggressif, et sans abord direct des lésions.

- ce sont des techniques à visée palliative :

Elles sont au nombre de 2 :

- la colostomie isolée : traitement de misère, reservé à des cas très particuliers, et dont l'efficacité réelle reste à prouver.
- le drainage d'un abcès inter colo vésical, dont nous avons un cas, que nous discuterons. Ce geste ne semble, en fait, concevable que comme un premier temps.

D'autres techniques visent l'abord des lésions, la

T A B L E A U N ° 1

MALADES NON OPERES	REFUS D'INTERVENTION	- 2
	CAS DEPASSES	- 1
C O L O S T O M I E S		- 1
D R A I N A G E S I M P L E D ' A B C E S		- 1
S E P A R A T I O N - S U T U R E D E S 2 O R G A N E S		- 1
C O L E C T O M I E S	HARTMANN	- 3
	COLECTOMIES + ANUS D'AMONT DE DECHARGE	- 1
	COLECTOMIES IDEALES	- 10

séparation de la fistule colo vésicale, et la cure de la maladie.

- ce sont des techniques à visée radicale.

Elles comportent :

- un geste sur la vessie dont nous verrons les diverses modalités.
- un geste sur le colon qui pourra être une suture simple de l'orifice colique, éventuellemnet précédée d'une colostomie première, ou une colectomie avec ses diverses modalités d'application; ce dernier geste est en fait actuellement le traitement de choix de la maladie.

I) LES TECHNIQUES A VISEE PALLIATIVE.

1/ La Colostomie isolée.

Nous en avons un cas. Il s'agit d'une colostomie transverse droite, faite à vrai dire dans des conditions très particulières.

C'est la malade de l'observation N° 6. Pratiquement intouchable chirurgicalement, et chez qui les lésions locales étaient très sévères (flambée polyfistuleuse, abcès multiples, fécalurie massive, sténose subocclusive).

Ce fut une"colostomie de désespoir", qui ne fit que précéder de 2 jours le décès. L'inefficacité de ce genre de gestes n'est plus à prouver.

A côté de ce type de colostomie, conçue comme le dernier geste pour sauver un malade, il y a la colostomie faite à froid, à titre curatif, chez certains sujets qui, du fait d'un âge très avancé, ou d'un état général très précaire, ne pourront supporter plus.

C'est la première intervention à avoir été appliquée au traitement des fistules colo vésicales par CURLING en

1852, et pendant longtemps, elle fut la seule de mise.

GOUVERNEUR encore, en 1938 réserve l'intervention radicale aux bons malades, mais garde de très larges indications à la colostomie.

Ses indications n'ont cessé de se limiter depuis.

HENRI et EDLMANN lui reconnaissent un rôle double :

- rôle de dérivation mécanique des matières amenant incontestablement l' attenvation, puis la disparition des troubles urinaires dans la majorité des cas.

- rôle anti inflammatoire, qui est beaucoup plus discutable, et en aval de la colostomie persiste un sigmoïde malade, susceptible de nouvelles poussées évolutives, malgré la dérivation.

Une action inconstante quant à la maladie colique, la contrainte d'un anus définitif, tout ceci amène à la réserver aux seuls malades très fatigués et incapables de supporter plus.

Trois conditions techniques sont alors requises si l'on veut en attendre quelque chose de positif :

- la colostomie doit assurer une dérivation totale, c'est à dire être terminale.
- elle doit être le plus proche des lésions c'est à dire iliaque gauche.
- dans la mesure où elle est isolée, sans espoir de colectomie secondaire, elle doit être définitive, plus de 50 % des fermetures d'anus sont suivies d'accidents immédiats ou de récidives tardives.

2/ Le drainage simple d'un abcès inter colo vésical.

Fut le seul geste pratiqué chez le malade de l'observation N ° 19. C'est la compléxité de blocage du petit bassin qui a amené l'opérateur à battre en retraite en se contentant de ce geste.

Certes, au prix d'une fistule stercorale transitoire, on a obtenu une sédation de syndrôme infectieux, mais ce geste n'apparait que comme un palliatif, comme un premier temps éventuel, comme le montre l'observation de ce malade chez qui une sigmoïdité continue d'évoluer et va nécessiter à plus ou moins brève échéance une resection colique.

En outre, on peut se demander si ce drainage isolé constitue à lui seul un premier temps suffisant. Il laisse en place une cavité entretenue par le sigmoïde, communiquant plus ou moins avec la vessie, et il nous semble que si l'on veut attendre une réelle éfficacité de ce geste, une colostomie doive lui être associée.

II) LES TECHNIQUES A VISEE RADICALE.

Nécessitent un abord large des lésions permettant l'exposition claire de la sigmoïdité et de la fistule sigmoïdo vésicale.

La voie d'abord adoptée est variable, fonction de chaque opérateur. Dans notre série, le choix s'est fait le plus souvent sur une médiane sous ombilicale, débordant au dessus de l'ombilic.

Mais nous trouvons aussi l'incision en crosse de hockey, la paramédiane gauche, l'incision de BARRAYA TURNBULL.

Il nous semble simple et pratique de commencer par une médiane sous ombilicale débordant légèrement l'ombilic en haut , si un décrochement de l'angle gauche est necessaire on s'aggrandit vers le rebord costal, en incision de BARRAYA TURNBULL. Il est souvent suffisant de sectionner les 2 feuillets de la gaine du Grand Droit tout en respectant le muscle lui-même.

Une fois le ventre ouvert :

le premier temps opératoire consiste dans la dissection

des adhérences, si elles existent, et la séparation colo vésicale.

Dès lors chacun des 2 organes va pouvoir être traité séparément.

Cette séparation ne pose habituellement aucun problème.

Rappelons cependant que dans les cas difficiles, il nous semble préférable de couper franchement à la limite entre les 2 organes, quitte à ouvrir un colon qui, de toutes façons va être reséqué, plutôt que de faire une cystectomie de principe. Celle ci ne présente aucun intérêt dans une lésion bénigne. Et elle peut être source d'ennuis, dans la mesure où l'extension des lésions inflammatoires endo vésicales, peut amener à aller plus loin que ne le veut la maladie. L'uretère ne doit en aucun cas être un souci à ce stade de l'opération pour le chirurgien. Nous savons que l'orifice de communication est toujours très haut sur la vessie, très à distance des orifices urétéraux.

Dès lors, le petit bassin étant disséqué et les 2 organes séparés, se pose le problème du geste à pratiquer sur la vessie et le colon.

Nous allons envisager successivement ces 2 chapîtres.

1) L'Attitude vis à vis de la Vessie.

Dans notre série, elle a été :

- nulle dans 2 cas où l'on ne voyait pas l'orifice.
- 7 fois, l'orifice a été simplement fermé par 2 points de catgut chromé fin.
- 2 fois, cette fermeture a été précédée d'une excision a minima des bords de l'orifice.
- 3 fois a été faite une véritable cystectomie partielle.

Dans tous les cas, une sonde à demeure a été laisée en place pendant une semaine à 10 jours.

Nous n'avons constaté aucune influence du geste vésical sur les suites . Un des 2 cas où rien n'a été fait sur la vessie est un des cas de guérison.

Il nous semble donc que, sur la vessie, il faut faire le minimum, et ceci nous est confirmé par la littérature récente:

BLAKE, CIBERT, HENRI et EDELMANN conseillent la suture simple de l'orifice si on le voit, rien si on ne le voit pas.

Une sonde à demeure est évidemment toujours de mise

2) L'Attitude vis à vis du Colon.

2 possibilités s'offrent à l'opérateur :

- la suture simple de l'orifice colique de la communication.

- la colectomie avec ses diverses problèmes techniques tenant à la colectomie pour sigmoïdités.

Avec ses diverses modalités tecniques, selon qu'il s'agit d'une colectomie en 1 ou plusieurs temps.

a.) La Colorraphie simple, après séparation des 2 organes et cystorraphie.

C'était pour GOUVERNEUR, l'opération radicale par excellence, la colectomie restant alors une intervention d'exeption.

DUBOST et TORRE en 1949, posent le problème du choix entre ces 2 types d'intervention, sans y répondre formellement.

CIBERT réserve la suture aux cas où existe un long tractus fistuleux pelvien entre sigmoïde et vessie, constitué en fait par une frange épiploïque contenant un diverticule. Mais la majorité des auteurs actuellement rejettent cette intervention, car :

- elle est suivie trop fréquemment de récidiv

- elle laisse en place un sigmoïde malade et susceptible de nouvelles complications.

MAYO et BLUNT ont fait cette suture simple dans 2 cas : ce furent 2 récidives.

Selon HRADEC, " les expériences actuelles permettent de tirer la conclusion que chaque tentative de pratiquer une excision locale de la fistule ou la séparation de ses 2 ouvertures et leur suture, sans resection intestinale est d'avance condamnée à l'echec."

HENRI et EDELMANN condamnent cette technique comme étant vouée dans plus de la moitié des cas, à l'échec.

Nous en avons vu un cas : le malade de l'observation N° 12. Ce fut une réussite quant à la fistule colo vésicale mais un echec quant à la sigmoïdité. Le malade dût être colectomisé secondairement.

b.) La Colectomie.

Est actuellement le traitement de choix, enlevant la maladie diverticulaire et permettant donc une guérison définitive de la maladie.

Encore faut-il définir ce que va être cette colectomie pour fistule colo vésicale d'origine diverticulaire.

Cette colectomie doit être au minimum une sigmoïdectomie totale allant en bas jusqu'à la jonction recto sigmoïdienne.

Tous les auteurs sont d'accord sur cette attitude qui évite de laisser en place une portion du sigmoïde malade et susceptible de poussées évolutives ultérieures.

Le problème est la limite de la resection en haut.

En effet, si l'on a vu que les lésions de sigmoïdité

sont toujours très limitées et strictement sigmoïdiennes, le plus souvent au sommet de l'anse ou sur le bas sigmoïde, la maladie diverticulaire, par contre, peut être beaucoup plus étendue, sur le descendant, sur la partie gauche de transverse, voire sur le colon droit. L'extension de la colectomie doit-elle alors tenir compte de l'extension des diverticules ?

La rareté des complications inflammatoires sur les autres portions du colon, opposée à la compléxité accrue de l'intervention en cas de colectomie plus étendue fait que la majorité des auteurs conseillent de n'enlever que portion manifestement pathologique du colon, c'est à dire le sigmoïde, sans se soucier de laisser en place des diverticules sus jacents.

Dans nos observations, la resection a été 12 fois une sigmoïdectomie vraie, allant de la jonction sigmoïdo iliaque à la charnière colo rectale. Une fois, la colectomie intéressait largement le colon descendant . Une autre fois ce fut une hémicolectomie gauche.

Il nous semble que chaque cas doit être discuté en fonction de l'abondance des diverticules sur le colon gauche, de la resistance du malade, des facilités opératoires en sachant qu'une exèrèse plus étendue ne peut être entreprise que si cela parait ne pas devoir courir de risques supplémentaires.

Ces colectomie larges nécessitent évidemment un décrochement de l'angle gauche, mais il est aussi des cas de sygmoidectomie simple où cette manoeuvre est nécessaire comme en témoigne notre observation N° 8. Il ne faut jamais hésiter à décrocher l'angle gauche au moindre doute, pour éviter à tout prix une traction sur l'anastomose.

Quelle que soit son étendue, cette colectomie est faite pour une lésion bénigne, c'est à dire qu'une resection

mésocolique est absolument inutile.

Il suffit de couper les vaisseaux au plus près du colon, sans tenir compte de l'aspect souvent très inflammatoire du méso. On se verra néanmoins souvent très facilité par une libération large du mésocolon sigmoïde, de sa racine secondaire et de la partie basse du descendant accolé.

Ces manoeuvres permettent d'extérioriser les lésions et donc de travailler dans des conditions d'aisance beaucoup plus importantes, en outre elles assurent une anastomose simple et sans tension. Mais elles ne sont pas sans danger.

L'uretère, en effet, décrit souvent un coude dans le mésocolon rétracté, et c'est à ce niveau qu'il court le maximum de risques.

Ces manoeuvres de décollement ne peuvent se faire sans danger qu'aprèe repérage premier de l'uretère au dessus du détroit supérieur.

Tels sont les problèmes techniques que la resection colique pose. Un dernier problème cependant se pose dans certains cas, celui de l'incertitude entre une diverticulite et un cancer.

Nous avons vu que l'ensemble des examens cliniques et paracliniques pouvaient laisser persister le doute au moment de l'intervention. Le diagnostic est d'importance.

En effet, s'il s'agit d'un cancer, la resection colique pourra certs n'être guère plus étendue, mais la resection mésocolique sera impérative, avec ligature haute des vaisseaux, et une resection en collerette de la vessie sera nécessaire. Un tel geste est justifié et offre des espoirs certains comme l'ont montré les observations de Jean MOREAU au Congrès de 1971.

Il est sur qu'une **colotomie** in situ va apporter le diagnostic de façon certaine au vu de la muqueuse, qui est strictement normale en cas de sigmoïdité. Mais cette **colo-**

tomie constitue un geste septique, et l'on est en droit d'hésiter à le pratiquer.

HENRI et EDELMANN conseillent si l'on est dans des conditions opératoires faciles, où le risque ne va pas être accru par ce geste, de faire une colectomie à visée carcinologique, l'examen anatomique de la pièce apportera le diagnostic.

Par contre chez un sujet obèse, fatigué, dans des conditions opératoires difficiles, où une telle colectomie deviendrait une aventure, il semble préférable de faire la colotomie in situ ; dès lors, l'aventure ne sera entreprise qu'avec la certitude que le risque est valablement couru.

C'est dans de tels cas, et aussi dans les cas de suspicion d'une association pathologique (polypose colique, tumeur villeuse, cancer associé) que la coloscopie per opératoire est peut être indiquée.

Nous avons eu, dans notre série 2 cas d'association à la maladie diverticulaire d'une affection maligne, ou, du moins, à la potentialité évolutive maligne.

Le malade de l'observation N° 16, homme de 64 ans, chez qui fut pratiquée une colectomie idéale pour sigmoïdité diverticulaire confirmeé histologiquement. Ce sujet décède, 2 ans après, de métastases d'un cancer associé, que rien n'avait fait supposer.

Le malade de l'observation N° 8, homme de 71 ans, chez qui des rectorragies étaient restées inexpliquées.

C'est l'étude de la pièce de resection sigmoïdienne qui a montré une polypose multiple, dont un polype dégénéré.

Il va falloir réexplorer cet opéré recent, et peut-être lui proposer une nouvelle intervention.

S'il est abusif de proposer toujours une coloscopie per opératoire, il nous semble que quand existe un élément

symptomatique que n'explique pas de façon satisfaisante la maladie diverticulaire, et en particulier des rectorragies, il est licite de proposer une coloscopie per opératoire, par voie le plus souvent anale. Elle ne présente plus alors les risques de la coloscopie dans les sigmoïdités, puisque l'appareil est guidé par la main du chirurgien, elle permet de faire d'emblée la bonne opération sur le plan carcinologique, si l'on découvre une lésion associée.

Telle est la colectomie pour fistule colo vésicale d'origine diverticulaire avec les divers problèmes techniques qui se posent en cours d'intervention.

Reste à ajouter que le rétablissement de continuité, lorsqu'il a été fait, a toujours été, dans nos observations, et dans la majeure partie des observations de la littérature une anastomose termino- terminale en un plan de points éparés extra muqueux, au fil non résorbable.

Le drainage s'est fait dans nos observations de façon très éclectique. 2 fois, l'opérateur n'a pas drainé, un de ces 2 cas était une hémicolectomie gauche. Ces 2 malades ont eu des suites parfaitement simples.

Dans la majorité des cas, après péritonéisation soigneuse, a été mis en sous péritonéal soit un drainage aspiratif de type JOST et REDON, soit un drainage capillaire de type PENROSE ou lame de caoutchouc ondulée, sortant par contre incision gauche. Une fois, c'était l'association PENROSE - REDON.

Dans un cas, après une direction très difficile, sur des lésions très infectées, un MICKULICZ a été laissé en fin d'intervention.

Enfin un dernier cas, un gros abcès rétro rectal a été drainé déclive , par voie périnéale.

Nous pensons plus prudent de drainer, surtout s'il y a eu décollement du colon gauche. Mettre un drain aspiratif au voisinage d'une anastomose digestive nous semble inquiétant et nous préférons mettre un simple drainage capillaire, sortant par contre incision gauche.

Ainsi comprise, la colectomie représente le traitement de choix des sigmoïdités avec fistule colo vésicale.

Encore ce terme traitement de choix ne doit-il pas cacher la multiplicité des possibilités, selon que la colectomie est idéale, ou faite en plusieurs temps.

Ce qui nous amène, dans ce chapître consacré au geste sur le colon, à ouvrir un 3 ème paragraphe :

c.) Les divers Types de Colectomies.

Elles se résument en fait à 4 possibilités :

- la Colectomie idéale.
- la colectomie sans rétablissement de continuité qui est représenté par l'intervention de HARTMANN.

Les interventions de type BOVILLY. VOLKMANN doivent être en effet rejetées dans le cadre des sigmoïdités, elles sont incompatibles avec une resection complète du sigmoïde, descendant jusqu'à la charnière recto sigmoïdienne. Et cette limite basse de la resection est selon HENRI et EDELMANN impérative.

Le rétablissement de la continuité est fait dans un 2 ème temps, si l'état du malade le permet.

- la colectomie différée, le premier temps étant représenté par une simple colostomie. Celle-ci pourra être refermée en cours de la seconde intervention, ou dans un 3 ème temps, protégeant donc ainsi l'anastomose.

- enfin les colectomies avec rétablissement de continuité immédiat, mais protection par un anus d'amont.

Telles sont les 4 possibilités offertes au chirurgien.

L'élégance du geste importe peu, ce qui est essentiel, c'est de calculer soigneusement le risque que l'on fait prendre au malade, en sachant qu'il est porteur d'une maladie bénigne, et qu'il ne saurait être question de lui faire prendre des risques que l'on accepte en chirurgie carcinologique.

1.) La Colectomie après colostomie temporaire.

Ce fut pendant longtemps le seul type de colectomie pratiquée.

Ces malades fatigués par une infection urinaire chronique évoluant par poussées successives, fatigués également par leur maladie sigmoïdienne évolutive, ne semblaient pas en état de supporter une intervention longue et parfois difficile.

Leur pelvis inflammatoire, barré d'adhérences multiples, d'abcès plus ou moins torpide offrait à l'évidence le maximum de difficultés pour la réalisation d'une colectomie, et le minimum de sécurité à une anastomose colique.

En contre partie, on attendait tout de la colostomie :

- une fonte des phénomènes inflammatoires de périsigmoïdité
- une fermeture de la fistule avec sédation de l'infection urinaire.
- une amélioration considérable de l'état général du sujet.

Ainsi, la colectomie secondaire pouvait être envisagée dans des conditions radicalement différentes, et avec une sécurité largement accrue.

Ainsi, MAYO et BLUNT en 1950, HARLIN et HAMM en 1952, puis plus récemment MAC SHERRY et BEAL, MAYFIELD et WAUGH, ABESHOUSE considèrent que le traitement habituel de la fistule

colo vésicale d'origine diverticulaire est la colectomie en 3 temps :

- colostomie première.
- puis colectomie avec rétablissement de la continuité.
- puis fermeture de la colostomie.

La colectomie idéale n'étant réservée pour ces auteurs qu'à des cas très favorables et finalement très rares.

Dans les 15 dernières années, les indications de ces interventions en plusieurs temps se sont considérablement limitées, et ceci pour plusieurs raisons :

Peut être d'abord parce que les malades porteurs de fistules sigmoïdo vésicales se sont eux mêmes améliorés.

Une augmentation franche de la consommation médicale, l'utilisation large et souvent excessive des anti infectieux urinaires et des antibiotiques, une détection plus rapide de la maladie permettant d'opérer les malades à un stade beaucoup plus précoce, font que les malades aujourd'hui se présentent, dans la majorité des cas de façon très différente, tant sur le plan local que sur le plan général.

Leur état général est meilleur, leur infection n'est qu'intermittente, récente et modérée, leur pelvis est beaucoup plus souvent libre et peu inflammatoire.

Ensuite, l'expérience de la colostomie a amené de nombreux auteurs à se repencher sur elle pour en analyser l'efficacité réelle ; ils se sont vus obligés de revenir sur l'optimisme initial qui accompagnait la réalisation de cette intervention.

HENRI et EDELMANN on l'a vu sont très sceptiques quant à son action sur le facteur inflammatoire et tendent à ne lui reconnaître qu'un rôle mécanique de dérivation.

Si selon ces auteurs, elle peut avoir un rôle sur les

formes inflammatoires aigues ou subaigues de la maladie, elle est par contre habituellement sans action sur les formes chroniques, or, c'est le plus souvent dans le cadre de ces formes chroniques que rentre la fistule sigmoïdo vésicale.

La dérivation va supprimer le débit fistuleux et donc amener la cessation des troubles urinaires, mais elle ne va rien modifier des lésions de sigmoïdité ni l'état du petit bassin.

En outre, si existe une collection suppurée, elle sera totalement inefficace et ne pourra empêcher à elle seule la maladie pelvienne de continuer d'évoluer.

Ainsi, en schéma classique qui dirait :

- une première intervention à minima : la colostomie.
- une 2ème intervention considérablement facilitée : la colectomie sur des lésions refroidies.
- une 3ème intervention, extra péritonéale, éventuellement sous anesthésie locale : la fermeture d'anus

s'est substitué progressivement une réalité différente : une colectomie différée, mais qui présentera probablement les mêmes difficultés que si elle avait été initiale, et la contrainte de 3 interventions, donc de 3 anesthésies.

La colectomie en plusieurs temps a donc vu ses indications se limiter progressivement. Intervention jadis systématique, la majorité des auteurs la reservent aujourd'hui à des cas particuliers :

- pour ORMOND, c'est l'état du petit bassin et en particulier son degré d'infection qui sont déterminants.
- pour HRADEC, ce sont les signes d'occlusion de sténose sigmoïdienne, nécessitant une dérivation mécanique.
- pour CIBERT, il faut réserver l'intervention en plusieurs temps aux malades agés, tarés, profondément infectés aux malades subocclus, ou à ceux qui ont des petits bassins très infectés.

- HENRI et EDELMANN enfin font la synthèse de toutes ces attitudes :

un malade en mauvais état général
une infection urinaire sévère
une sténose sigmoïdienne
des fistules pariétales, pyostercorales associées
une tumeur inflammatoire volumineuse, d'évolution aigue ou subaigue.

Telles sont pour eux les indications de l'intervention en plusieurs temps.

Tous ces auteurs font de la colectomie idéale, l'intervention de choix à réserver au plus grand nombre de sujets.

Ce serait cependant une erreur que de croire que la colectomie en plusieurs temps est une intervention périmée.

Sur les 30 fistules du rapport d'HENRI et EDELMANN, 15 ont subi une **colostomie** première.

L'intervention en plusieurs temps étant décidée, encore faut-il en préciser les détails techniques.

Le premier tient au siège de la **colostomie** :

- les auteurs américains la font habituellement transverse droite, ce qui présente un gros avantage : ne pas géné par cette colostomie lors de la colectomie secondaire. Au contraire, on laisse en place, et elle protègera l'anastomose sous jacente.

- les chirurgiens français la font plus volontiers iliaque gauche. Elle partira donc avec le sigmoïde lors de la colectomie secondaire. Mais elle a le grand avantage d'être très proche des lésions et d'**assurer** ainsi l'exclusion la meilleure.

Le 2 ème tient à son type, et l'on a vu qu'elle doit être dans tous les cas terminale pour **assurer** une dérivation totale.

Le 3ème tient à la durée d'attente entre cette colostomie et la colectomie seconde

- 60 à 90 jours selon HARLIN et HANN, MAYO et BLUNT.
- 2 semaines à 3 mois selon MAC SHERRY et BEAL.
- 6 mois ou plus selon MAYFIELD et WAUGH.
- 6 semaines environ selon HENRI et EDELMANN.

2.) L'Intervention de HARTMANN.

Elle répond au désir d'enlever d'emblée le sigmoïde, c'est à dire qu'elle sous entend des malades capables de supporter une telle intervention.

En contre partie, elle réflète un certain nombre de réticences tenant à l'état général du malade ou aux conditions locales et qui font refuser le rétablissement de continuité immédiat.

Son gros avantage est incontestablement de régler d'emblée et de façon définitive le problème de la maladie sigmoïdienne, et le facteur infectieux, refusant de ne leur opposer que l'incertitude d'action d'une colostomie sus jacente. Le malade est d'emblée guéri.

Son gros inconvénient est de substituer à une intervention relativement longue et parfois difficile, 2 interventions de ce type. Le rétablissemnt de continuité après Hartmann est en effet, souvent loin d'être une intervention bénigne.

A tel point que HENRI et EDLMANN, condamnent quelque peu cette intervention, la réservant " aux cas de force majeure où il est nécessaire de supprimer d'emblée l'intestin malade ".

Il s'agit essentiellement de grossestumeurs inflammatoires aigues, d'évolution menacantes. Elles sont fort peu fréquentes dans le cadre qui nous concerne.

Ce jugement doit à notre sens, être nuancé, dans la mesure où le rétablissement de continuité ultérieure garde un caractère facultatif, fonction du terrain sur lequel a été effectué une telle intervention. La décision pourra être prise à froid, en fonction des désirs du malade, et d'un risque calculé, et, l'anus iliaque resterait-il définitif, qu'on aurait la satisfaction de savoir qu'en aval, le sigmoïde malade a été enlevé.

Dans le cadre des interventions partielles et des infirmités définitives, le Hartmann, est incontestablement supérieur à la colostomie simple.

En dehors du rapport d'HENRI et EDELMANN, nous n'avons pas trouvé grand chose dans la littérature sur cette intervention, nous serons amené à en reparler à propos de nos observations.

•

3.) <u>La Colectomie avec rétablissement de continuité et Anus d'amont de décharge</u>.

Elle est systématique pour certains auteurs.

Fonction de l'exérèse sigmoïdienne, elle ne peut être ici que transverse droite. C'est ainsi que l'on pratiqué MAYO et BLUNT dans 16 cas.

BLAKE ne pratique pas de colostomie transverse droite, mais se contente d'une caecostomie sur sonde de FOWLEY Il la met en aspiration jusqu'à reprise du transit, puis il enlève la sonde et assiste habituellement à la fermeture de la caecostomie en 2 à 5 jours.

Pour d'autres, comme CIBERT c'est extemporanément que la décision d'une colostomie d'amont va être prise, devant des tissus très inflammatoires, coupant sous le fil et qui ne semblent pas offrir les qualités nécessaires à la bonne tenue de la suture.

Ces différentes techniques réalisent une intervention longue, plus fatiguante pour le malade qu'unesimple colectomie

idéale. Elles supposent une collostomie d'amont terminale car il nous semble qu'une simple colostomie sur baguette ne peut réellement protéger l'anastomose, elle présupposent une explcation purement mécanique de la fistulisation digestive.

Tout ceci nous les fait considérer un peu comme des demi mesures qui ne trouvent guère leur place entre les autre types de colectomies.

4.) La Colectomie Idéale.

C'est évidemment elle qui requiert tous les suffrages.

Ses avantages sont évidents : elle guérit le malade en un temps.

Ses inconvénients sont connus et redoutés: elle laisse en place dans le pelvis une suture colique avec des risques de fistulisation, ce qui n'est qu'un moindre mal, d'abcès pelviens, ce qui est plus gravec, de péritonite stercorale, ce qui est dramatique.

C'est dire que, quel que soit son caractère attrayant, tous les auteurs lui reconnaissent des limites, la refusant aux mauvais cas chirurgicaux, que ces mauvais cas soient liés à des raisons d'ordre local ou d'ordre général.

Tels sont les problèmes de tactique opératoire que nous a révélé la littérature.

Voyons maintenant comment ont été résolus ces problèmes dans nos observations.

Nous avons relevé 14 Colectomies.

- 10 colectomie idéale avec rétablissement immédiat de la continuité.

- 3 interventions de Hartmann.

- 1 colectomie avec rétablissement de continuité et protégée par un anus d'amont.

a) Les 3 Hartmann;

ont été faits chez des sujets en état général précaire et à lésions locales importantes.

Il s'agit des malades des observations N° 1,2 et 14, agés de 73, 72, et 78 ans, tous vasculaires, hypertendus, avec retentissement cardiaque gauche. En outre, l'un de ces 3 malades était obèse.

Les lésions locales étaient, dans 1 cas suppuration pelvienne aigue ayant nécessité 10 jours d'antibiothérapie massive, dans un autre, un volumineux abcès rétro rectal du à une perforation sigmoïdienne basse. Chez cas 2 malades, la dissection et la colectomie ont été difficiles.

Bien que l'état général de ces 3 malades n'ait pas permis d'intervention de plus longue durée, ni leur état local de suture colique l'opérateur a tenu quand même, dans ces 3 cas à faire l'exérèse d'emblée de la maladie sigmoïdienne

Deux de ces 3 malades ont guéri au prix d'un anus qu'on a jugé plus prudent de considérer comme définitif.

Le 3ème, il s'agit de la malade de l'observation N° 1, est décédée dans les heures suivant l'intervention d'une fibrinolyse biologiquement prouvée :

La dissection pelvienne chez cette malade fut très laborieuse, l'hémorragie abondante; une intervention plus simple, telle une colostomie associée à un drainage de son abcès pelvien, dans un premier temps, n'aurait-elle pas permis d'éviter le décès de ctte malade ?

b.) Le Rétablissement de continuité avec anus d'amont.

Concerne un malade de 73 ans, fatigué, rétentioniste chronique du fait d'une importante fécalurie. Ce malade a guéri et sa colostomie a pu être refermée un mois après

l'intervention initiale.

c.) Les 10 Colectomies idéales.

Concernent des malades s'étalant entre 54 et 71 ans, avec un âge moyen de 62 ans, donc une série de malades plus jeunes que les groupes précédents. La répartition exacte des âges est reproduite sur l'histogramme N° 3.

L'un de ces sujets entrait dans la séquence entre 70 et 80 ans, ce qui prouve que l'âge, en soi, n'a pas constitué un facteur déterminant de l'indication opératoire. C'est plutôt à l'état général, et donc à l'âge physiologique du sujet, que nous avons attaché une réelle importance.

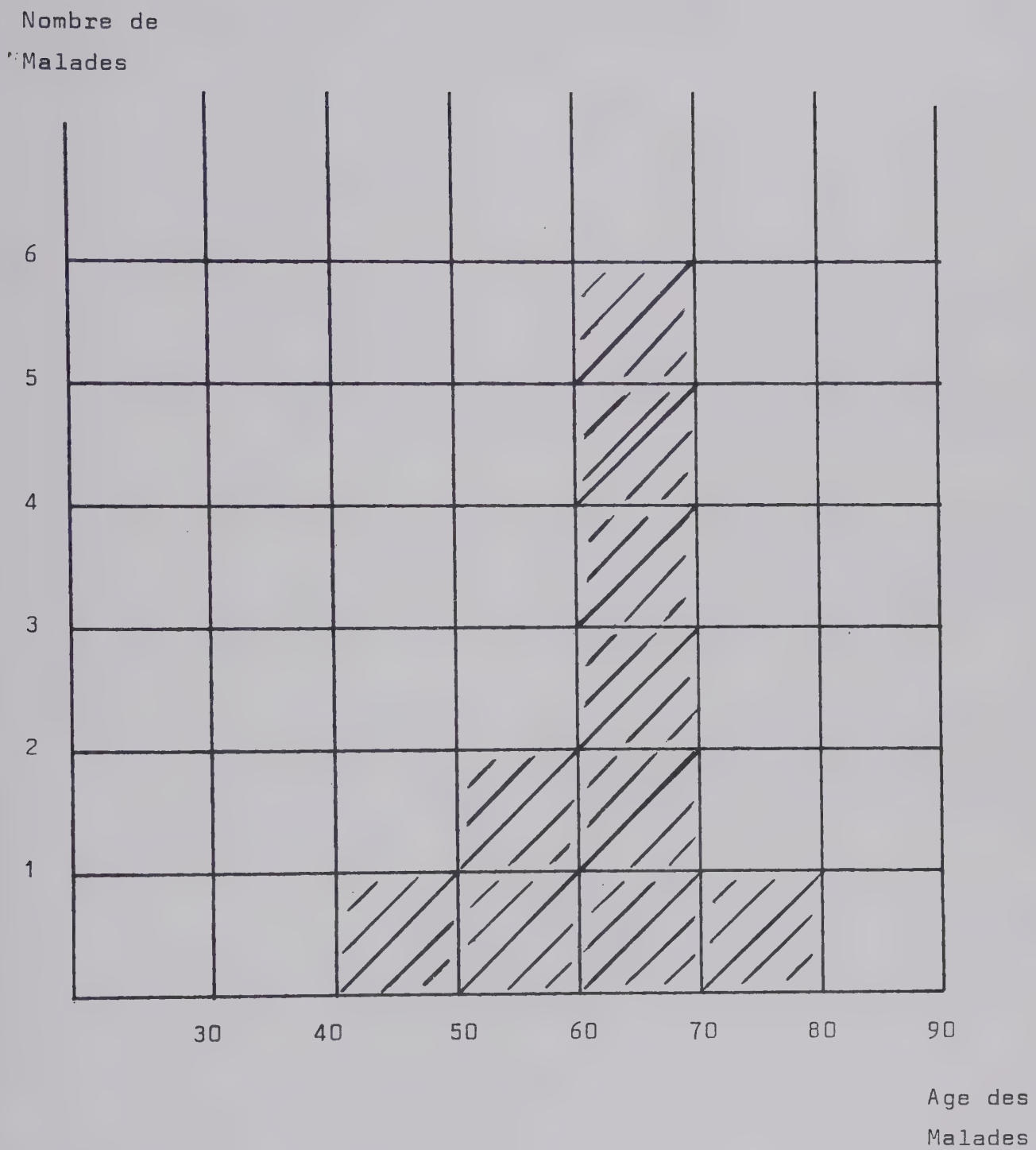
Ces 10 sujets étaient tous en très bon état général, sauf l'un d'eux, le malade de l'observation N° 4, obèse et asthmatique, qui inspirait quelques réticences.

Tous ces malades ont guéri, sauf ce sujet, qui a fait au 6 ème jour un lachâge de suture avec éviscération.
Un Hartmann secondaire, en urgence, n'a pas empêcher l'évolution fatale.

Telle a été la répartition de nos 14 colectomies.

L'attitude thérapeutique adoptée chez ces 14 malades se résument en fait de la façon suivante :
la colectomie idéale a été l'intervention de choix dans la mesure où l'état général du malade semblait justifier cette intervention sans risque exagéré.

Chez les sujets en mauvais état général ou chez qui les conditions locales étaient mauvaises, du fait, soit d'une infection urinaire sévère, soit d'un abcès pelvien, la colectomie idéale a été rejetée. C'est alors l'intervention de Hartmann qui a été le plus souvnet pratiquée, révélant



- COURBE N° 3 -

- Malades ayant subi une Colectomie Idéale -

le souci des opérateurs d'enlever quand même le sigmoïde malade dans le premier temps opératoire.

Telles sont les différentes techniques applicables aux fistules colo vésicales d'origine diverticulaire, il nous faut maintenant envisager :

III) LES RESULTATS.

La logique la plus élémentaire laisse à entendre qu'on ne peut concevoir de traitement rationnel des fistules sigmoïdo vésicales sans éxèrèse du colon sigmoïde responsable.

L'analyse des résultats vient largement confirmer cette donnée.

- La colostomie isolée, on l'a vu, qui n'a pour effet que court circuiter les lésions, est suivie de récidives dans plus de 50 % des cas après fermeture d'anus.

--La séparation de la fistule suivie de suture simple des 2 organes mène à l'echec sous forme de récidive de la fistule ou de nouvelles poussées de la maladie sigmoïdienne au moins 1 fois sur 2.

- La colectomie associée à la suture simple de l'orifice vésical amène la guérison constante de la fistule colo-vésicale et quasi constante de la sigmoïdité, au prix d'un risque modéré.

HENRI et EDELMANN, dans leur rapport sur le traitement chirurgical des sigmoïdités donnent moinsde 5% % de récidives à distance après colectomie et liées dans presque tous les cas à une resection trop économique, enlevant incomplètement le sigmoïde.

S'opposant à cette éfficacité presque constante, ces mêmes auteurs reconnaissent à la colectomie une mortalité globale de l'ordre de 5 % et liée le plus souvent à la gravité de la sigmoïdité ou à la précarité du terrain

La colectomie associée à la suture simple de l'orifice vésical semble donc la meilleure intervention. Encore faut-il decider quel type de colectomie pratiquer et quels malades opérer. Pour répondre à ces questions, nous avons repris le schéma des indications thérapeutiques et des résultats chez nos 19 malades.

Nous le reproduisons dans le tableau N° 2.

Le bilan de ces 19 observations est très lourd :

- sur 16 opérés nous avons 3 décès, soit à peu près 20 %
- sur 14 colectomies, nous avons 2 décès, soit 14 %, l'un des décès concerne une intervention de Hartmann, l'autre une colectomie idéale.
- nous avons 2 anastomoses coliques qui ont lachées: Le premier cas est un décès précedent Une réintervention en urgence,et un Hartmann secondaire, n'ont pu empêcher l'évolution fatale. Dans le 2 ème cas, la fuite a donné lieu à un abcès de la fosse iliaque gauche qui a nécessité un drainage chirurgical, suivi de guérison. Deux lachages de suture sur 10 colectomies cela représente 20 %.

Enfin un certain nombre de complications mineures ont émaillé les suites de nos colectomies :

- 2 abcès de paroi.
- 2 infections urinaires dues au cathétérisme prolongé.
- 1 phlébite.
- 1 oesophagite par reflux.
- 1 hépatite virale.

Le seul cas de drainage simple de l'abcès plevien a été suivi d'une embolie grave mais non mortelle.

Tels sont, globalement exposés, les résultats de cette série de 19 malades, ils sont incontestablemnt très mauvais.
Mais on est frappé aussi par le nombre de sujets en très

TABLEAU N° II

1	73	vasculaire cardiaque	péritonite plastique +++ abcès inter colo vésical	Hartmann	Décès par fibrinolyse
2	72	vasculaire cardiaque	Gros abcès retro rectal	Hartmann	abcès de paroi guérison
3	82	diabète EG médiocre		non opéré	maladie bien supportée
4	69	obèse insuff. respiratoire	Péritonite plastique++ dissection difficile	Colectomie idéale	lachage de suture + éviscération décès
5	78	EG très mauvais tuberculose ++	grave fistule avec fécalurie massive sténose sigmoïdienne	non opérée	décès
6	68	obèse éthylique Vasculaire cardiaque	abcès et fistules multiples. sténose sigmoïdienne	colostomie	décès
7	58	bon EG	accolement simple	colectomie idéale	infection urinaire oesophagite par reflux guérison
8	71	bon EG	accolement simple	colectomie idéale	guérison
9	77	vasculaire infarctus du myocarde		non opéré	maladie bien supportée
10	66	bon EG	accolement simple	colectomie idéale	guérison

66	bon EG	accolemnt simple	colectomie idéale	guérison
61	bon EG	accolemnt simple	colectomie idéale	guérison
49	bon EG	accolement simple	resection en collerette échec : colectomie idéale secondaire	abcès de paro: guérison
73	mauvais EG	fistule importante avec fécalurie massive	colectomie protégée par anus d'amont	phlébite fermeture de l'anus à 1mois guérison
78	obèse cardiaque	péritonite plastique +++	Hartmann	guérison
65	bon EG	accolement simple sténose discrète ou LB	colectomie idéale	guérison
64	bon EG	péritonite plastique +++	colectomie idéale	guérison dans l'immédiat décès 2 ans après par cancer associé
62	bon EG	péritonite plastique fistule complexe	colectomie idéale	guérison
54	bon EG	accolement simple	colectomie idéale	guérison
44	bon EG	énorme bloc de péritonite plastique abcédée	drainage simple de l'abcès	embolie pulmonaire.amelioration temporaire sigmoïdité persistante 2ème envisagé

mauvais état général et l'importance, souvent, des lésions pelviennes associées. Ainsi avons nous voulu reprendre les résultats en fonction de ces différents critères.

a. 9 malades se présentent en mauvais état général nos 4 décès rentrent dans ce groupe, et représentent donc ici près d'un malade sur 2.

Les 9 malades se répartissent ainsi :

- 2 sujets en état catastrophiques pratiquement intouchables chirurgicalement. Il s'agit de 2 femmes, dont l'une est morte avant que quoi que ce soit ait été fait, dont l'autre n'a pu être sauvé par une colostomie de désespoir

Les sujets à l'état ph siologique gravissime, profondement infectés par une sigmoïdité qui évolue sans barrière sur un tel terrain sont, de toute façon condamnés, quoi que l'on fasse. Il est à remarquer que leur fistule colo vésicale n'est qu'un élément accessoire du tableau et n'en constitue pas la gravité.

- 7 sujets étaient en mauvais état général, porteur de tares graves, mais sans aucune comparaison avec les 2 cas précédents.

2 d'entre eux n'ont pas été opérés, leur maladie étant bien supportée, et ces malades refusant l'intervention.

Ils n'ont pu être malheureusement , suivi très longtemps, mais il semble que la décision d'abstention ait été dans ces 2 cas inspirée d'une grande sagesse.

5 de ces malades en mauvais état général ont été opérés, tous colectomisés. 2 sont décédés, soit 40 % de ces 5 malades.

Une seule colectomie idéale a été pratiquée dans ce groupe, c'est notre seul décès après colectomie idéale.

Deux de ces 5 malades avaient des troubles modérés et leur maladie était bien supportée. Il s'agit des malades des observations N° 4 et 14. L'un de ces 2 malades est mort et l'on peut se demander si l'indication chirurgicale chez eux était réellement justifiée.

Les 3 autres étaient porteurs de lésions abcèdées dans 2 cas, et d'une fistule a très gros débit dans le 3ème. Il y avait donc là élément majeur à l'indication chirurgicale.

L'intervention fut 2 fois un Hartmann, une fois une colectomieprotégée par un anus d'amont. L'un des Hartmann est mort de fibrinolyse post opératoire.

Cette malade serait-elle morte dans les suites d'un geste plus limité, tel un drainage de l'abcès associé à une colostomie temporaire ?

b. A l'opposé, 10 malades étaient en bon état général

- 9 d'entre eux subirent une colectomie idéale: ces 9 malades ont guéri.

- le 10 ème a été l'objet d'un drainage simple d'abcès

C'est ce sujet qui a fait dans les suites une embolie pulmonaire grave, mais non mortelle.

Les lésions locales, chez ces malades étaient variables :

- minimes chez 7 d'entre eux, et représentés par un accolement simple du sigmoïde à la vessie dans un pelvis libre

Il s'agit de 7 colectomies idéales suivies de guérison sans problème.

- chez 3 autres, par contre, les lésions locales étaient importantes :

Le malade de l'observation N° 19, chez qui l'on du se limiter à un drainage.

Les malades des observations N° 16 et 17, chez qui fut faite une colectomie idéale, c'est l'un de ces 2 malades qui a nécessité une réintervention pour abcès de la fosse iliaque gauche due à un lachage de l'anastomose.

L'étude des lésions locales chez nos 9 malades en mauvais état général confirme leur caractère péjoratif.

Les 2 décès sur les 5 malades de ce groupe concernent des

sujets à petit bassin très remanié . L'un de ces 2 décès, rappelons le, est du à une fistulisation de l'anastomose.

Telle est l'analyse des résultats chez nos 19 malades.

Il nous semble, à partir d'elle, pouvoir tirer quelques conclusions quant aux indications thérapeutiques.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES.

Deux notions nous semblent essentielles à rappeler au début de ce chapître :

- la diverticulite sigmoïdienne est une maladie bénigne, qui ne va mettre en jeu le pronostic vital que par ses complications aigues : occlusions, abcès pelviens, péritonite par perforation essentiellement. Le risque opératoire doit donc être sagement mesuré, en fonction de cette gravité de la maladie.

Si chez un sujet en bon état général, l'exèrèse d'un colon diverticulaire qui fait trop parler de lui semble licite pour prévenir la complication ultérieure. Chez un sujet, en mauvais état général, une diventiculite controlable médicalement semble être un risque acceptable face aux dangers de la colectomie.

- la fistulisation colo vésicale, en soi, ne peut être considérée comme une complication grave de la maladie diverticulaire. L'infection urinaire, on l'a vu, est le plus souvent fort bien controlée par le traitement médical, le retentissement rénal est constamment absent.

La pneumaturie est le plus souvent une curiosité qu'autre chose.

La fécalurie est microscopique et intermittente. Ceci évidemment pour les fistules à petit débit, mais c'est le cas le plus habituel dans les fistules d'origine diverticulaire.

La gravité va venir, non pas de la fistule, mais des complications associées de la maladie sigmoïdienne : les abcès pelviens, unique ou multiples, dans un petit bassin cloisonné les sténoses sigmoïdiennes subocclusives, les poussées inflammatoires aigues de la maladie, les autres types de fistules, cutanées, pyostercorales, après ouverture spontanée au drainage chirurgical d'un abcès pelvien, ou colo . iléales. Ces lésions associées qui imposent par elle même un geste chirurgical, vont en aggraver le pronostic, et ceci d'autant plus que le témoin sera plus précaire.

C'estdun double bilan , général et local, que va pouvoir naître l'indication thérapeutique :

1/ Bilan Général.

Appréciant l'âge du malade, et surtout son état physiologique, c'est à dire les différentes tares pathologiques associées.

Nous avons vu que les maladies cardio vasculaires et l'hypertension artérielle, l'insuffisance respiratoire, l'éthylisme chronique, sont toujours des éléments péjoratifs sur le plan général.

Encore faut-il, dans chaque cas, essayer de préciser le degré de tolérance ou au contraire de décompensation actuelle au potentielle de la maladie.

L'obésité quant à elle, si son retentissement sur l'état général du malade est discutable, influera souvent par les difficultés techniques qu'elle va entraîner.

2/ Bilan Local.

S'efforce de rechercher les complications associées de la maladie sigmoïdienne, à cet effet, l'examen clinique, le lavement Baryté, pourront apporter des éléments de grande valeur, mais c'est surtout à ventre ouvert qu'un tel bilan pourra être fait.

3/. L'Analyse de ces éléments de pronostic permet de distinguer schématiquement les cas suivants :

a) Les malades en état catastrophique.

Heureusement rares et , réalisant l'association d'une déchéance physiologique profonde et des lésions locales sévères.

Certains n'y toucheront pas, d'autres leur feront un geste chirurgical à minima telle une colostomie sous anesthésie locale - le résultat sera de toute façon le même - le pronostic est dramatique , ce sont des cas au-dessus de toute ressource thérapeutique.

b) Les malades en mauvais état général.

Il n'est plus question chez eux de faire une chirurgie qu'on pourrait presque qualifier de préventive, au prix de risques importants.

A notre sens, si leur fistule est correctement tolérée, à petit débit, contrôlable médicalement, isolée, il est préférable, chez ces sujets, de s'abstenir et de les traiter médicalement.

Mais il en est parmi ces malades à mauvais état général,qui présentent une fistule à très gros débit ou des complications associées de la maladie sigmoïdienne. L'intervention s'avère alors nécessaire.

Deux possibilités sont alors offertes :

- l'intervention de Hartmann
- ou la simple colostomie, associée éventuellement à un drainage pelvien.

Comment se décider entre ces 2 attitudes.

Certes, en fonction du degré d'atteintede l'état général du malade, autorisant ou non une colectomie, même sans rétablissement de continuité, mais aussi en fonction des résultats espérés de la thérapeutique,telle que les définissent HENRI et EDELMANN

Si l'on peut tout attendre d'une colostomie en tant que dérivation mécanique, c'est à dire en amont d'une fistule à gros débit, d'une sténose sigmoïdienne, ou d'un abcès drainé.

L'on doit rester sceptique quant à son action anti inflammatoire en présence d'une sigmoïdité évolutive en poussées aigues.

Enfin, il est évident que la crainte d'une association lésionelle, ou la permanence d'un doute quant au diagnostic étiologique, impose l'intervention, qui ne peut être alors qu'une colectomie.

Un Hartmann sur de tels terrains a de fortes chances de rester définitif, le plus souvent. La colostomie quant à elle reste un geste fort incomplet; un traitement médical permettra alors dans certains des cas, après amélioration de l'état général de faire une colectomie secondaire, au plus tôt 6 semaines après.

Une telle éventualité s'avererait-elle impossible, que la colectomie devrait être définitive, toute fermeture d'anus exposant à de nouvelles complications de la maladie sigmoïdienne.

c) <u>Les malades en bon état général.</u>

Chez eux, aucune réticence n'est justifiée, l'intervention s'impose, et cette intervention sera une colectomie, car la seule a assurer un traitement logique de la maladie.

C'est une chirurgie faite à froid, en dehors des conditions d'urgence, c'est à dire après une préparation colique par les antiseptiques intestinaux et le régime sans résidus.

A l'exploration de la cavité pelvienne, vont être appreciées les lésions locales :
dans la majorité des cas, elles sont minimes : le petit bassin est libre, la fistule est isolée, par accolement simple.

La colectomie sera idéale.

Dans certains cas au contraire, après une dissection labo-

rieuse d'adhérences multiples, en milieu infecté, où existent souvent de petits abcès cloisonnés, voire un gros abcès unique devant un colon sténosé et distendu par subocclusion chronique devant des lésions inflammatoires coliques très étendues, on jugera imprudent de rétablir la continuité et l'on terminera l'intervention en Hartmann, le rétablissement de continuité étant ajourné de plusieurs mois.

De toutes façons, les soins habituels entoureront les suites opératoires, réanimation hydro electrolytique, et pour certains, aspiration digestive jusqu'à reprise du transit, sonde urinaire pendant une dizaine de jours, les antibiotiques nous semblent nécessaires dans cette chirurgie colique en milieu infecté.

C O N C L U S I O N

Ce travail porte sur 19 observations de fistules sigmoïdo vésicales d'origine diverticulaire, et sur une revue de la littérature concernant ce sujet.

Les fistules sigmoïdo vésicales représentent la forme la plus fréquente des fistules entéro vésicales. La maladie diverticulaire du sigmoïde en est l'étiologie majeure, responsable de plus de la moitié des cas de fistules sigmoïdo vésicales.

La seconde étiologie en est le cancer du sigmoïde, mais nettement moins souvent en cause.

La fistule sigmoïdo vésicale est une complication classique de la maladie diverticulaire, retrouvée dans 7 à 10 % des cas de sigmoïdités vues en milieu chirurgical . Elle vient cependant nettement au second plan derrière d'autres complications beaucoup plus fréquentes de la maladie, telles les péritonites par perforation diverticulaire (29 %), ou les abcès pelviens (16 %).

Son mode de formation est double :

- soit il s'agit de l'ouverture directe d'un pyo diverticule dans la vessie,
- soit c'est un abcès pelvien, inter colo vésical, qui s'est constitué d'abord, et cet abcès se rompt secondairement dans la vessie.

De tels mécanismes ameneraient à penser que la maladie urinaire survient après une longue période d'évolution patente de la maladie colique, il n'en est rien; puisque la sigmoïdité était le plus souvent méconnue chez ces sujets : Dans plus d'un cas sur deux en effet, la fistule sigmoido-vesicale, est révélatrice de la maladie diverticulaire; les antécédants coliques sont vierges. Si l'on tient compte non seulement des antécédents, mais aussi des troubles digestifs contemporains, il reste néanmoins un

malade sur trois chez qui les troubles urologiques sont révélateurs et isolés; on conçoit que cela ne facilite pas le diagnostic.

Ce malade est peut-être le plus souvent un homme. Si la maladie nous semble légèrement plus fréquente chez l'homme, nous n'avons pas retrouvé dans nos observations la prépondérance masculine massive habituellement souligné dans la littérature.

Quoi qu'il en soit cet individu est en moyenne dans la 2ème moitié de sa vie. Nous avons retrouvé un âge moyen 66 ans avec des âges extrêmes de 49 et 82 ans.

On conçoit donc que les associations pathologiques, maladie cardio vasculaire, insuffisance respiratoire, diabète, obésité soient relativement fréquentes, elles vont intervenir en premier chef lors de la discussion des indications thérapeutiques.

Intéressantes aussi, dans le cadre de ces affections associées, sont les affections urologiques, adénome prostatique maladie du col vésical, tuberculose urinaire, qui vont par leur symptomes propre venir brouiller le tableau et compliquer singulièrement le diagnostic.

Le diagnostic de la fistule colo vésicale d'origine diverticulaire doit néanmonis être facile, du moment qu'on y pense.

L'existence d'une fécalurie ou d'une pneumaturie affirment à l'évidence une communication entéro vésical, et, par ordre de fréquence, c'est au sigmoïde qu'il faut songer en premier lieu. Le lavement Baryté montre-t-il de nombreux diverticules sigmoïdiens, que le diagnostic est fait.

Mais pneumaturie et fécalurie sont inconstantes et surtout ne sont pas des signes précoces de la maladie, et dans la majorité des cas, c'est un sujet qui va se présenter initialement comme un infecté urinaire, ou plus précisément un infecté vésical. Infection d'allure banale reagissant bien à la thérapeutique anti infectieuse, mais récidivante, tenace, et surtout non expliquée. Le toucher rectal ne révèle pas d'adénome prosta-

tique, l'urographie intra veineuse est le plus souvent normale une endoscopie urinaire serait-elle pratiquée, qu'elle montrerait une cystite, parfois diffuse, parfois localisée à la partie haute de la face postérieure de la vessie, près de la bulle d'air, et à gauche de la ligne médiane; un tel aspect a une grande valeur d'orientation.

Mais en fait, l'examen majeur à demander devant cette infection urinaire inexpliquée est le lavement Baryté : dans 1 cas sur 3, il visualise la fistule et opacifie la vessie.

Mais point n'est besoin d'une telle preuve : dans tous les cas, en effet, il montre la maladie diverticulaire responsable ce qui est suffisant pour affirmer le diagnostic. Une infection urinaire tenace, à répétition, non explicable urologiquement, associée à un diverticulite sigmoïdienne, permet de poser le diagnostic de fistule sigmoïdo vésicale.

Certes, il est des cas où un adénome prostatique avec petit résidu vésical, une maladie du col, viennent, chez l'homme essentiellement, jeter le doute quant à l'origine de cette pyurie. C'est alors que la visualisation de la fistule ou du moins de signes indirects probants devient nécessaire.

L'uretrocystoscopie, à la recherche d'une cystite localisée vpire d'un orifice fistuleux par ou fait issue une bulle d'air ou un débris fécal, sont alors d'un intérêt majeur.

De même la cystographie rétrograde montrant sur les clichés de profil ou de 3/4 la compression vésical par la masse péri-sigmoïdienne, de même la coloration des urines dont on recherchera la trace dans les selles. Seule alors une analyse soigneuse des résultats de tous des examens permettra de reconnaitre la fistule colo vésical d'origine diverticulaire.

L'association diverticulite cancer est rare (2 %), de même que l'existence de lésions associées, polypes ou tumeurs villeuses en particulier. Elle est néanmoins très importante à reconnaitre, car changeant du tout au tout la tactique du traitement. De même, il arrive (2 cas sur 19), que si la fistule colo vésicale apparait comme certaine, un doute persiste,

quant à son étiologie ;diverticules ou cancer.

La rectosigmoïdoscopie prend alors tout son intérêt essentiellement pour les lésions basses; la coudure rigide du sigmoïde malade vient habituellement, en effet, empêcher le rectoscope , et même le rectoscope fléxible, d'explorer correctement le sigmoïde.

C'est l'exploration per opératoire qui va alors offrir le maximum de possibilités diagnostiques, par coloscopie per opératoire à la recherche d'une lésion associée, ou par colo tomie in situ lorsqu'existe un doute quant à la nature de la lésion responsable de la fistule colo vésicale.

Tels sont les problèmes posés par de telles lésions.

Leur évolution est dominée par l'évolution de la sigmoïdité responsable.

En effet, hormis quelques rares fistules à gros débit, l'infection urinaire est le plus souvent modérée, intermittente, bien contrôlée par le traitement médical.

Srtout, il n'y a jamais de retentissement de la maladie sur les voies urinaires hautes, et sur la fonction rénale.

Et ce qui en fait la gravité, ce sont les lésions associées de la sigmoïdité, les volumineux abcès pelviens uniques, ou, au contraire, les pelvis barrés d'adhérences au sein desquels évoluent de façon chronique plusieurs micro abcès, les sténoses sigmoïdiennes subocclusives, les fistules colo iléales, ou pyostercorales.

Ce sont ces éléments, et non la fistule elle même, qui vont mettre en jeu la vie du malade, et influer sur l'attitude thérapeutique.

Les constatations opératoires révèlent qu'en fait la fistule est le plus souvent simple et isolée. Dans plus de la moitié des cas, il s'agit d'un accolement simple du sigmoïde à la vessie, avec un orifice fistuleux faisant communiquer l'anse intestinale avec le dôme ou la partie haute de la face postérieure de la vessie, toujours à distance

des orifices urétéraux et du trigone.

C'est dans les cas restant que se voient les petits bassins de dissection très difficile au sein desquels, on va découvrir des poches d'abcès et des trajets fistuleux complexes.

L'attitude thérapeutique va dépendre de toutes ces considérations tenant à la gravité réelle de la maladie, au terrain sur lequel elle survient, aux lésions locales pelviennes decouvertes opératoirement.

Le traitement chirurgical peut se résumer à un geste simple et d'efficacité inconstante qu'est la colostomie d'amont associée à un éventule drainage d'abcès.

Mais il est certain que l'idéal est de traiter radicalement la maladie, c'est à dire de faire une colectomie segmentaire associée à une suture de l'orifice vésical et à un cathérisme vésical laissé en place 10 jours. Cette colectomie segmentaire se doit d'enlever toute la zone manifestement pathologique du colon, et d'être au minimum une sigmoïdectomie vraie.

Le caractère très dangereux de cette colectomie dès qu'elle s'adresse à des sujets tarés, et en amuvais état général, le caractère bénin de la maladie diverticulaire, qui n'entraine donc qu'un risque mesuré, l'absence de gravité réelle de la fistule sigmoïdo vésicale en elle même, nous amènent à envisager les indications thérapeutiques avec la plus grande prudence.

Le sujet taré, en mauvais état général représente, à notre sens, un risque opératoire trop important.

Est-il porteur d'une fistule sigmoïdo vésicale simple isolée, au cours d'une diverticulite, qu'il faut le traiter comme on le ferait pour de simples poussées de diverticulites, c'est à dire médicalement.

A l'opposé, ce sujet est-il porteur d'une suppuration pelvienne, d'une sténose subocclusive, d'une fistule complexe

qu'il faut le considérer comme une sigmoïdité gravement compliquée faisnat appel à l'action chirurgicale, pour des raisons vitales. Mais la fistule colo vésicale est devenue ici un élément secondaire du tableau, et ce n'est plus elle que l'on opère réellement.

Chez ces sujet très fatigués, on fera parfois unesimple colostomie d'amont, en sachant que ce n'est qu'un pis aller qu'elle ne va pas forcément enrayer l'évolution des lésions et que , en l'absence de colectomie secondaire, elle doit rester définitive.

Parfois c'est à une colectomie sans rétablissement de continuité que l'on s'adressera, selon la technique de Hartmann. Ce geste est incontestablement meilleur, encore faut-il que l'état du malade le permette.

Chez le malade en état général correct, la colectomie est le traitement de choix, et ne se discute pas. Elle permet la guérison définitive de la maladie au prix d'un risque minime.

Encore faut-il tenir compte des lésions locales découvertes à ventre ouvert. Un petit bassin libre, propre permet sans nul doute une colectomie idéale. C'est la majorité des cas. Mais dans un petit bassin très inflammatoire où l'on a ouvert plusieurs petites cavités d'abcès, il nous semble que les conditions de sécurité d'une anstomose colique ne sont pas réunies. Il faut terminer en Hartmann, le rétablissement de continuité se fera ultérieurement.

Il est difficile de parler de traitemnt préventif de la fistule colo vésicale d'origine diverticulaire dans la mesure où là n'est pas la maladie grave à prévenir.

Certaines d'entre elles, on l'a vu sont guéries chirurgicalement sans problèmes pour la ressection colique.

D'autre amèneront à évoluer entre une abstention chirurgicale peu satifaisante, car grévée du risque de complications aigues, et une chirurgie faite à main forcée devant les

des lésions majeures.

C'est donc plutôt de la prévention des sigmoïdités graves sur des sujets âgés et physiologiquement tarés qu'il nous faudrait parler.

Peut être la pratique plus fréquente du lavement Baryté aiderait à diagnostiquer plus tôt les diverticules sigmoïdiens avant l'accident révélateur, peut être aussi, l'élargissement des indications de la colectomie à des stades plus précoces de la maladie et chez dez sujets plus jeunes éviterait-elle d'aboutir à des tableaux devant lesquels la chirugie devient une aventure dramatique.

BIBLIOGRAPHIE

I. ABESHOUSE B.S., ROBBINS M.A., GANN M., SALIK J.O.
Intestino vésical fistulas
J. Am. of Méd. Ass. T. I64 pp. 25I-257 I957

2. ARNHEIM
Complications chirurgicales de la diverticulite
Ann. of Surg. Vol. I7I2 pp. 352-369 I940

3. BACON H.E., McGREGOR R.A.
Diverticules du colon ettmention spéciale du traitement des fistules associées.
Am. j. of Gastro-enterol. T.36 pp. I27-I32 I96I

4. BARNES , HILL
Intestino vésical fistula
J. Am. of Med. Ass. T.I33 pp.456-458 I947

5. BERNARDI R., CHIODI J.B., BUDICH M.
Fistule sigmoido-vésicale par diverticulite intestinale simulant un cancer de la vessie
Rev. Argent. Urol. T. 28 pp. 209-2II I959

6. BESSI
Fistules sigmoido-vésicales
Thèse Paris nº27 I945

7. BLAKE K.W.
Diverticulites avec fist ules sigmoido-vésicales
California Méd. T. IOI pp.445-446 I964

8. BONS E., KUDISH H.G.
Intestino vésical fistulas
J. of Urol. T. 72 pp. 365-373 I954

9. CHAUVIN H.F.
J.d'Urol. T. 74 pp. 5I5-5I6 I968

10. CHENU P., SIMON A.
Sur la pneumaturie
Gazette Méd. de France 1966 p.257

11. CIBERT J., MASSOUMI R.
Les fistules sigmoido-vésicales par sigmoidite
J.Urol. T.70 pp.57-69 1964

12. CIBERT J., GILLOZ A., OCZWARCZAK E., KAMAL H.
Les fistules sigmoido-vésicales dans la sigmoidite
Lyon Chir. T.62 pp.534-559 1966

13. CIBERT J., CIBERT J., SALAHEDDIN N.
Les fistules sigmoido-vésicales au cours des sigmoidites
Procés verbaux et mémoires de l'association française d'urologie p.576 1963

14. DOSSOGNE M.
Les fistules sigmoido-vésicales
Acta Belg. Urol. Vol.30 pp.45-50 1962

15. DUBOST, TORRE
Fistules vésico-intestinales en dehors de la tuberculose et du cancer
J.de Chir. 1949 p.218

16. DUPUY R.
Fistules colo-vésicales au cours des sigmoidites diverti-culaires
Gazette Méd. de France T.73 pp. 4379-4393 1966

17. EWELL G.H.
Intestino vesical fistulas
J. ofUrol. T.71 pp. 603-607 1954

18. FITZPATRICK R.J.
Vesico-intestinal fistulas
J. of Urol. T.85 pp.580-583 1961

19. GODIN J.P.
Les fistules sigmoido-vésicales par diverticulose du sigmoide Thèse Paris 1957

20. GOODWIN W.E., WINTER Ch.C., TURNER R.D.
Fistula between bowel and urinary tract
J. of Urol. T.84 pp. 95-I05 I960

2I. GOUVERNEUR R.
Fistules colo-vésicales par sigmoidite diverticulaire
Procés verbaux et memoires de l'association française d'urologie I937 pp. 729-740

22. GOUVERNEUR R., SOUPAULT R., LATIFI M.
Les fistules colo-vésicales d'origine diverticulaire
J. de Chir. T.5I pp. 2I4-23I I938

23. HAFNER Ch. D., PONKA J.L., BRUSH B.E.
Genito urinary manifestations of diverticulitis
J. Am. of Med. Ass. T.I79 pp.76-78 I962

24. HARLIN H.C., HAMM F.C.
Urologic disease resulting from non specific inflam-matory conditions of the bowel
J. of Urol. T.68 pp. 383-393 I952

25. HENRY E., EDELMANN G.
Traitement chirurgical des sigmoidites
Rapport au 64° congrés français de chirurgie I962

26. HUGHES F.A. , VIOLA J.C., BONAVITA PAEZ L.
Las complicaciones urologicas de la diverticulitis sigmoidea
Rev. Urol. Rosario T.3 pp. II-28 I963

27. KELLOG W.A.
Vesico intestinal fistulas
Am. J. of Surg. T.4I pp. I35-I86 I938

28. LAMPHIER T.A., TIERNEY T. ,WICKMAN W., SIEGEL L.
Formation de fistules vésico-intestinales compliquant une diverticulite
Surg. T.45 pp. 858-867 I959

29. LATIFI M.
FIstules sigmoido-vésicales
Thèse Paris I937

30. LAZARUS J.A., MARKS M.S.
Vesico intestinal fistulas ; actual and incipiant: early diagnosis § treatment
Am. J. Surg. T.59 pp. 526-535 I943

3I. LAUFMANN H., SILBERMANN W.W.
Surgical management of diverticulitis
Surg. Gyn. Obst. T.II5 pp409-43I I962

32. LEGAC
Deux observations de fistules sigmoido-vésicales
Bulletins de la Société de Médecine de Paris I935

33. LEPOUTRE C.
Fistule sigmoido-vésicale d'origine diverticulaire
Presse Méd. T.5I pp. 373-374 I943

34. LYNN Th.B.,FARREL J.I.,GRIER J.P.
Fistule sigmoido-vésicale secondaire à une diverticulite
Arch. Surg. T.76 pp956-962 I958

35. McGREGOR R.A., BACON H.E.
Traitement chirurgical des fistules sigmoido-vésicales et sigmoido-utérines compliquant la diverticulite
Dis. Colon Rectum 3 p.446 I960

36. MACQUET P., DELANNOY E., SOOTS G., DEFRANCE G.
Les fistules entéro-vésicales par sigmoidite
Acta Belg. Urol. T.26 pp. I0I-I05 I958

37. McSHERRY Ch.K., BEAL J.M.
Fistule sigmoido vésicale compliquant une diverticulite
Arch. Surg. T.85 pp. I024-I027 I962

38. MAYFIELD L., WAUGH J.
Fistules sigmoido vésicales compliquant la diverticulite du colon sigmoide
Ann. of Surg. T.I30 pp. I86-I89 I949

39. MAYO Ch.W., BLUNT Ch.P.
Vesico sigmoideal fistulas complicating diverticulitis
Surg. Gyn. T.9I pp.6I2-6I6 I950

40. MAYO, MILLER
Traitement chirurgical des fistules sigmoido-vésicales
Arch. of Surg. Vol. IIO I940

4I. NAUTON, MORGON
Colectomie pour fistule vésico-sigmoidienne aprés diver--ticulite
Proceed. of Royal Soc. of Méd. Sept. I938

42. ORMOND J.K.
Report of two cases of fistulas between the bladder and large intestine cured without preliminary diversion of the fecal stream
J. of Urol. T.6I pp.554-556 I949

43. PAULINO F.
Diverticulite avec fistule vésico-sigmoidienne
O Hospital T.69 pp.949-98I I966

44. PRAT, PRAT, PASCHETTA
Les diverticules du colon pelvien
MASSON édit. Paris I942

45. PUIGVERT A.
Fistula vesico intestinal
Cir. Gyn. Urol. T.I6 pp.409-4I9 I949

46. QUERNEAU J., WALDMANN C.
Fistule colo-vésicale d'origine diverticulaire
J. d'Urologie T.62 pp.96-IOI I956

47. RAMPAL M., LEGRE M., VIGNOLI R., PERILLAT Ph.
Sigmoidite diverticulaire perforée dans la vessie ; traitement chirurgical imposé par une occlusion aprés une tolérance de 27 années
Arch. Mal. App. Dig. T.53 pp.9II-9I2 I964

48. SENEQUE J., CREPY C.
Aspects chirurgicaux des sigmoidites
J. Chir. T.66 pp. 725-745 I950

49. SENGER F.
Fistule vésico-colique compliquant une diverticulite: relation de cas
J. of Urol. T.6I pp.437-442 I949

50. SOUPAULT R.
Rapport sur les fistules colo-vésicales
X° Congrés de la Soc. Internat. de Chir.
Le Caire I935

5I. SMITH O.F., ROSEN R.J.
Colo vesical fistula; complication of diverticulitis
Rhode Island Med. Jo. T.43 p.35 I960

52. SPINNER A.
3 cas cliniques "dont" :Perforation dans la vessie d'un diverticule du colon sigmoide
Schweiz. Med. Wschr. T.82 pp.24I-242 I952

53 SUTTON C.D.
Vesico sigmoideal fistula
Surg. Gyn. Obst. T.32 pp.3I8-327 I92I

54. VERNEJOUL R. (de)
Diverticulite pseudo-néoplasique du sigmoide perforée dans la vessie
Arch. Mal. App. Dig. T.40 pp.I443-I444 I95I

55. WEIJTLANDT
Fistule vésico-intestinale par diverticulite
Association Française d'Urologie I935 p. 789

56. WETTERWALD F.
Un cas de fistule sigmoido-vésicale
Bulletins et mémoires de la Soc. des Chirurgi ens de Paris
T.45 pp.42-43 I955

57. Congrés Français deChirurgie DE I97I
Les fistules entero-urinaires
rapporteurs: A. STEG et Ph. BOUTELIER
President : R. COUVELAIRE

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	pp.I
2.	Résumé des observations	pp.2-I7
3.	Iconographie	
4.	Historique	pp.I8-I9
5.	Etiologie	pp.20-32
6.	Clinique	pp.33-4I
7.	Eléments du diagnostic	pp.42-55
8.	Constatations anatomiques	pp.56-62
9.	Traitement	pp.63-97
IO.	Conclusion	pp.97-I04
II.	Bibliographie	pp.I05-II0

Vu, le Président de Thèse

Professeur J.L. LORTAT JACOB

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur J. BAUMANN

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET